



Rapport annuel 2011 de la médecin-hygiéniste en chef
à l'Assemblée législative de l'Ontario



Pour maintenir les gains et aller encore plus loin :

Bulletin de l'Ontario en matière de santé pour 2011

Table des matières

Lettre de présentation	1
Résumé	2
Introduction	4
Indicateurs individuels	
1. Tabagisme et consommation d'alcool pendant la grossesse	9
2. Faible poids à la naissance	12
3. Développement sain de l'enfant à son entrée à l'école	15
4. Couverture vaccinale des élèves	18
5. Prévalence du tabagisme	22
6. Surpoids et obésité	26
7. Décès évitables	30
8. Observation des <i>Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada</i>	33
9. Bonne santé mentale autodéclarée	37
10. Le fardeau des maladies infectieuses	40
11. Hospitalisations liées aux chutes chez les personnes âgées	42
12. Espérance de vie à la naissance	44
Conclusions	49
Annexe : Postes de médecin-hygiéniste et de médecin-hygiéniste adjoint	52
Notes	53

Lettre de présentation

**Ministry of Health
and Long-Term Care**

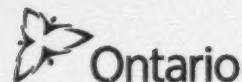
Chief Medical Officer of Health
Public Health Division
11th Floor, Hepburn Block
Queen's Park
Toronto ON M7A 1R3

Telephone: (416) 212-3831
Facsimile: (416) 325-8412

**Ministère de la Santé
et des Soins de longue durée**

Médecin hygiéniste en chef
Division de la santé publique
Édifice Hepburn, 11^e étage
Queen's Park
Toronto ON M7A 1R3

Téléphone: 416 212-3831
Télécopieur: 416 325-8412



L'honorable Président
Assemblée législative de l'Ontario
Édifice de l'Assemblée législative, salle 180
Queen's Park
Toronto (Ontario) M7A 1A2



Monsieur le Président,

J'ai le plaisir de vous présenter le *Rapport annuel 2011 de la médecin-hygiéniste en chef à l'Assemblée législative de l'Ontario* conformément au paragraphe 81 (4) de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

La médecin-hygiéniste en chef,

Arlene King, M.D., M.Sc.S., FRCPC

P.1.

Résumé

Ce qui est mesurable est faisable.

J'ai déjà mentionné à quel point il était important d'avoir des buts et objectifs clairs pour chaque effet positif sur la santé que nous voulons avoir et chaque problème de santé que nous voulons prévenir.

Les indicateurs de santé sont des critères de mesure de la santé et des facteurs qui influencent la santé. Dans mon rapport annuel de 2010, j'ai laissé entendre que nous devions dresser une liste complète des indicateurs qui nous permettraient de déterminer notre état de santé ainsi que des endroits où les facteurs géographiques, le sexe, la culture et la situation économique contribuent aux inégalités dans la province.

J'ai également parlé de quelques problèmes clés de notre époque au chapitre de la santé – le développement sain de la personne, les maladies chroniques et les blessures – et des facteurs qui influent sur ces problèmes. De plus, j'ai mentionné à quel point il était important d'adopter de nouvelles approches innovatrices pour trouver des solutions, par exemple la collaboration entre les gouvernements et avec tous les secteurs, et pas uniquement celui de la santé, afin de nous attaquer à ces problèmes de façon globale et énergique.

Dans le présent rapport, j'ai choisi 12 indicateurs qui peuvent être mesurés, qui pourraient être surveillés au fil du temps et qui ont un lien avec certains problèmes clés. Nous avons adopté, pour le rapport, une approche fondée sur la vie entière, que les indicateurs fournissent des mesures pour les principaux problèmes de santé susceptibles de survenir au cours d'une vie et indiquent les liens qui existent entre eux. Cette approche propose des mesures de référence pour les indicateurs en fonction desquels les progrès seraient mesurés dans le temps, indicateurs qui pourraient être revisités dans les prochains rapports.

Nous avons de quoi être fiers en Ontario. Nous avons amélioré considérablement la santé des gens de la province : nous n'avons pas ménagé nos efforts pour réduire la consommation de tabac, nous offrons des programmes de

Pourquoi adopter une approche fondée sur la vie entière ?

Les discussions sur les soins de santé sont souvent dominées par les préoccupations concernant l'accès à un médecin de famille et les temps d'attente pour des services tels que les arthroplasties de hanche ou de genou. Il s'agit là de questions très importantes. Cependant, il y a d'autres questions tout aussi cruciales que nous devons nous poser, par exemple : Que pouvons-nous faire pour aider les résidents de l'Ontario à atteindre et à maintenir un niveau optimal de santé et de bien-être durant toute leur vie ? Qu'est-ce qu'une vie saine ? Comment pouvons-nous améliorer la santé de tous en tenant compte des besoins spéciaux des personnes défavorisées dans la province ?

Il est de plus en plus admis que les expériences vécues durant la petite enfance peuvent avoir une incidence sur la santé tout au long de la vie. En outre, il est reconnu que le fait d'être désavantagé et victime de privation peut avoir des effets négatifs sur la vie d'une personne à défaut d'interventions appropriées. Par ailleurs, il est admis que le mésusage de substances et les autres comportements malsains peuvent avoir des répercussions immédiates et entraîner des problèmes de santé plus tard dans la vie.

C'est pour toutes ces raisons et parce que les Ontariens et les Ontariennes veulent vivre longtemps et en bonne santé que j'ai choisi d'adopter une approche fondée sur la vie entière pour la rédaction du présent rapport. J'espère que celui-ci encouragera les résidents de l'Ontario à réfléchir à l'ensemble de leurs expériences en matière de santé tout au long de leur vie et à comprendre que ces expériences sont corrélées. Ce que nous faisons et vivons aujourd'hui peut avoir une influence, positive ou négative, sur notre santé tout au long de notre vie.

vaccination complets qui sont financés par le secteur public, nous avons beaucoup progressé au chapitre de la prévention et de la gestion des maladies transmissibles ou infectieuses, nous avons fait de nouveaux investissements en santé publique et nous nous appliquons à sortir de la pauvreté un plus grand nombre de familles et d'enfants dans la province. Les gens sont davantage sensibilisés aux maladies mentales ainsi qu'aux mesures que prennent le gouvernement et le secteur de la santé pour assurer la promotion et le maintien d'une bonne santé mentale. Cela dit, il reste encore beaucoup à faire :

- Pour presque tous les indicateurs que nous avons choisis, les personnes défavorisées de l'Ontario sont touchées de façon disproportionnée par des problèmes de santé, la maladie et des décès prématurés. Cet état de choses doit être reconnu et directement pris en compte dans les politiques en matière de santé ainsi que dans la planification et la prestation des services de santé.
- Il est possible d'améliorer un parcours négatif grâce à des mesures de soutien et interventions appropriées. Il faut, pour cela, s'intéresser aux déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé.
- Le terme « facteurs de risque modifiables » est explicite : ce sont des facteurs qui peuvent être modifiés. Nous devons continuer à lutter contre le tabagisme et le fardeau considérable que représentent les problèmes de santé associés au mésusage de substances et à la consommation excessive d'alcool.
- Nous devons également continuer à sensibiliser les gens au fardeau que représentent la maladie mentale et les dépendances. Nous devons sans cesse renforcer le message selon lequel la santé et la santé mentale vont de pair.
- Nous devons maintenir et continuer à promouvoir les interventions en santé publique qui aident à transformer la santé des populations dans le monde entier. Il faut notamment entreprendre des activités de santé publique de base comme l'immunisation, la fluoruration de l'eau potable et l'amélioration de la salubrité des aliments grâce à des interventions telles que la pasteurisation.

En résumé, nous devons conserver les gains réalisés tout en cherchant constamment à faire avancer les choses dans l'intérêt de la population de l'Ontario. Un excellent moyen d'y parvenir est de mesurer nos progrès et de déterminer les améliorations qui s'imposent. Il existe un certain nombre de rapports sur l'état de santé qui renferment des indicateurs techniques. Ce qui différencie le présent rapport, c'est qu'il porte uniquement sur l'Ontario et qu'il a été rédigé de mon point de vue, c'est-à-dire celui de la médecin-hygiéniste en chef. Il n'y est pas question de temps d'attente et d'accès aux services de santé. Il y est question de santé, non pas de soins de santé, et la santé de la population y est mise au premier plan tout en soulignant les disparités en termes de santé.

Les défis mis en lumière par les indicateurs de santé choisis ne sont pas faciles à relever. Pour continuer à progresser, il faudra la participation des citoyens, mais aussi une approche gouvernementale et multisectorielle *coordonnée*. Dans bien des cas, les activités en cours pour chacun des indicateurs devront être définies et alignées « verticalement » (à l'échelon provincial-régional et à l'échelon local), puis « horizontalement » (dans l'ensemble du secteur de la santé et des secteurs autres que la santé). C'est indispensable si nous voulons définir toute la portée et l'ampleur de la démarche qui est en cours pour relever les défis, déterminer s'il y a double emploi et définir les domaines où il pourrait y avoir des lacunes à combler.

Introduction

Dans mes rapports annuels précédents, intitulés *Parlons de santé et non plus de soins de santé*¹ et *La santé publique – L'affaire de tous*², j'ai parlé de la santé des gens de l'Ontario, j'ai indiqué des changements et mesures prioritaires, et j'ai précisé que les efforts déployés par les secteurs de la santé publique et des soins de santé ne suffiraient pas à concrétiser ces changements.

Dans le présent rapport, j'ai choisi des indicateurs de santé prioritaires qui sont liés non seulement à des préoccupations particulières, mais aussi à des aspects pour lesquels nous avons fait des gains importants. Le rapport est un peu plus technique que mes rapports annuels précédents et il est étayé par des données utiles qui décrivent le rendement de l'Ontario et les améliorations possibles.

En outre, le présent rapport comprend une série d'indicateurs de priorité qui suivent le cycle de vie des Ontariens et des Ontariennes. J'ai choisi cette approche parce que je veux montrer qu'il existe des liens entre la santé d'une personne, d'un groupe d'âge ou d'une population en particulier à un moment donné, et les difficultés ou problèmes qu'ils ont eus durant leur vie. Par exemple, les personnes les plus défavorisées ont tendance à être en très mauvaise santé au cours de leur vie, et le fait d'être désavantagé et victime de privation durant la petite enfance peut avoir des répercussions tout au long de la vie et influencer directement la santé et le bien-être.

Cet état de choses est bien compris de beaucoup de gens. Par exemple, le secteur de la santé publique considère les questions liées aux désavantages comme un aspect fondamental de son travail. En outre, bon nombre de personnes des milieux de la santé, de la recherche et de l'enseignement en général connaissent bien l'importance des déterminants de la santé et leurs effets sur la santé des personnes et des populations. Il est également important de comprendre qu'il existe une multitude d'occasions, au cours de la vie d'une personne ou d'une population, de modifier le parcours de vie; des changements peuvent être apportés aux facteurs de risque modifiables associés à une mauvaise santé, comme le tabagisme, la consommation excessive d'alcool et la sédentarité. De plus, nous pouvons intervenir afin de fournir aux enfants des familles ou collectivités défavorisées le soutien dont ils ont besoin pour se développer et s'épanouir.

Dans *La santé publique – L'affaire de tous*, j'ai indiqué cinq mesures que nous ne pouvons tout simplement pas nous permettre d'ignorer: investir dans le développement de l'enfant, nous attaquer à l'obésité, investir dans la lutte contre le tabagisme, prévenir les blessures et réduire les inégalités en matière de santé. Dans *Parlons de santé et non plus de soins de santé*, pour relever ces défis, j'ai proposé de mettre les politiques publiques favorables à la santé au cœur de notre démarche et de tenir compte de la santé dans chaque programme et chaque politique que nous mettons en œuvre aux échelons provincial, régional et local. Dans le présent rapport, je reviendrai sur quelques thèmes clés des rapports précédents et sur les efforts qui ont été faits à leur égard, je ferai état de nos réussites et j'expliquerai pourquoi nous devons nous efforcer de conserver les gains réalisés et d'aller encore plus loin.

Qu'est-ce qu'un indicateur de santé?

Un indicateur de santé est une mesure unique qui évalue une dimension essentielle de la santé, comme le nombre de personnes souffrant d'une maladie chronique ou ayant été victimes d'une crise cardiaque. Les indicateurs tiennent également compte de divers déterminants de la santé, comme le revenu, ou de dimensions clés du système de santé...

Institut canadien d'information sur la santé

Combattre les vieux ennemis et les nouveaux

L'une des difficultés à surmonter pour le secteur de la santé publique, c'est qu'il doit conserver les gains réalisés tout en essayant d'apporter des solutions aux nouveaux problèmes de santé.

Les réussites en santé publique, telles la vaccination, une meilleure lutte contre le tabagisme, la fluoruration de l'eau potable et la pasteurisation qui améliore la salubrité des aliments, sont constamment mises à l'épreuve. Je tiens à féliciter mes collègues en santé publique qui s'emploient chaque jour à conserver les gains réalisés tout en essayant de faire avancer les choses, notamment en s'attaquant aux nouveaux problèmes de santé de notre siècle.

Par exemple, le secteur de la santé publique a joué un rôle clé dans certaines de nos réussites importantes au chapitre de l'avancement de la santé. Mentionnons à titre d'exemple l'immunisation, la lutte contre le tabagisme, la fluoruration de l'eau potable ainsi que la prévention et la gestion des maladies infectieuses. L'un des aspects clés de mon rôle de médecin-hygiéniste en chef de l'Ontario est de promouvoir les interventions en santé publique qui ont transformé la vie des gens de l'Ontario et du monde entier.

Plan d'action en matière de soins de santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Le Plan d'action en matière de soins de santé déployé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée est très encourageant. Ce plan d'action met beaucoup l'accent sur la nécessité de préserver la santé au lieu de se contenter de traiter la maladie lorsqu'elle frappe.

Selon moi, ce plan offre des occasions uniques d'attirer l'attention sur des préoccupations en santé publique ainsi que sur la contribution exceptionnelle que peut apporter le secteur de la santé publique afin d'améliorer la santé de l'ensemble de la population de l'Ontario.

Outre les objectifs et cibles figurant dans le plan d'action et comme je le mentionnais dans mon rapport annuel de 2010, *Parlons de santé et non plus de soins de santé*, l'Ontario doit, selon moi, se fixer un ensemble précis d'objectifs, de cibles et d'indicateurs de santé qui nous permettront

de mesurer nos progrès.

Voici, par exemple, ce que je souhaite pour l'Ontario :

- des nouveau-nés en bonne santé;
- des enfants d'âge préscolaire capables de réaliser leur potentiel;
- des enfants et jeunes en bonne santé et bien préparés à la vie adulte;
- des travailleurs adultes qui vivent plus longtemps et en bonne santé;
- des personnes âgées jouissant d'une bonne santé au moment de la retraite.

Pour évaluer dans quelle mesure nos objectifs sont atteints, j'ai établi des indicateurs de santé pour les mères et les bébés, les enfants et les jeunes, les adultes et les personnes âgées. Chaque indicateur est lié à l'un des thèmes prioritaires mentionnés dans mes rapports précédents, par exemple investir dans le développement sain des personnes, prévenir les blessures et les maladies chroniques, et réduire les inégalités en matière de santé. De plus, le rapport contient des indicateurs portant sur la prévention et la gestion des maladies infectieuses, parce qu'il s'agit là d'une priorité de la santé publique et que le fardeau des maladies infectieuses est considérable. Le rapport examine aussi la santé mentale et l'importance d'une bonne santé mentale pour favoriser et maintenir la santé et le bien-être à toutes les étapes de la vie.

Plan stratégique pour le secteur de la santé publique

Je dirige actuellement les travaux visant à élaborer un plan stratégique pour le secteur de la santé publique en Ontario. Je publierai le plan dans le cadre d'un rapport spécial au printemps 2013.

Les mesures prioritaires indiquées dans le plan concorderont avec bon nombre des problèmes que j'ai soulevés dans le présent rapport. Le plan stratégique devrait englober des priorités bien établies en matière de santé publique, comme la façon de tirer parti des mesures visant à prévenir les maladies chroniques, à alléger le fardeau des maladies infectieuses et à accroître le champ d'action du secteur de la santé publique grâce à une meilleure collaboration avec l'ensemble des secteurs. En outre, le plan stratégique examinera le nouvel ensemble de problèmes et de difficultés, et définira des stratégies pour permettre aux secteurs de la santé publique et des soins de santé, et aux autres secteurs de concerter leurs efforts pour y remédier.

Critères utilisés pour choisir les indicateurs du rapport

Cinq critères ont été utilisés dans le cadre de l'examen et de la sélection des indicateurs inclus dans le présent rapport. Les indicateurs choisis devaient être :

- 1) **dignes d'intérêt** – c'est-à-dire qu'ils devaient porter sur un problème important qui valait la peine d'être examiné et mesuré; nous avons également évalué si les indicateurs avaient un lien avec le parcours de vie;
- 2) **compréhensibles du public** – nous nous sommes efforcés de choisir des indicateurs qui seraient significatifs pour le public et pas uniquement pour des spécialistes des soins de santé;
- 3) **réalistes** – les indicateurs choisis ont une incidence sur les politiques et pratiques du gouvernement et du secteur de la santé, ce qui signifie également que ces politiques et pratiques pourraient influencer sur les problèmes mis en relief par les indicateurs;
- 4) **crédibles** – les indicateurs doivent être bien définis, expliqués et étayés par des données fiables, utiles et appropriées;
- 5) **mesurables** – pour chaque indicateur que nous avons examiné, nous devions évaluer s'il était possible de le mesurer et s'il existait des données fiables et de bonne qualité.

Critères de sélection des indicateurs inclus dans le présent rapport

- 1 Digne d'intérêt
- 2 Compréhensible du public
- 3 Réaliste
- 4 Crédible
- 5 Mesurable

Principales utilités

Les indicateurs peuvent servir à trois fins différentes :

- *compréhension* : savoir comment fonctionnent des systèmes en particulier (le système de soins de santé, les systèmes gouvernementaux) et comment ces systèmes peuvent être améliorés;
- *surveillance du rendement* : vérifier si un système fonctionne selon une norme convenue et comment il y parvient;
- *responsabilisation* : permettre aux gouvernements et aux organismes de rendre des comptes au public, aux patients et aux bailleurs de fonds³.

Les indicateurs ne servent pas uniquement à cerner des problèmes. Ils englobent également des réalisations et des progrès concrets. Il est important de comprendre que bon nombre des difficultés mentionnées dans le présent rapport peuvent être surmontées à court terme, tandis que d'autres exigent des engagements et des investissements à long terme.

Démarche analytique

Le présent rapport contient 12 indicateurs. L'importance de chacun, tant à l'égard de la santé des Ontariens et des Ontariennes que du point de vue du parcours de vie, est expliquée. Les différences selon le sexe et le groupe d'âge, ainsi que celles liées au statut socioéconomique, sont également examinées. En outre, dans bien des cas, le lien qui existe entre l'indicateur et l'appartenance au groupe des Premières Nations, des Inuits et des Métis de l'Ontario est précisé.

Le rapport indique des améliorations possibles pour chaque indicateur. Il précise également les activités en cours pour chaque indicateur, mais il ne dresse pas un inventaire complet de toutes les démarches du gouvernement, du secteur des soins de santé ou du secteur de la santé publique liées à l'indicateur.

Au sujet des données contenues dans le rapport

Les données incluses dans le présent rapport ont été recueillies ou analysées à partir de plusieurs sources. Une nouvelle analyse pour l'Ontario a été effectuée selon les critères suivants :

- facteurs de risque maternels*;
- faible poids à la naissance;
- développement sain de l'enfant à son entrée à l'école**;
- prévalence du tabagisme*;
- embonpoint et obésité*;
- décès évitables;
- respect des Directives de consommation d'alcool à faible risque*;
- bonne santé mentale autodéclarée*;
- hospitalisations liées aux chutes chez les personnes âgées.

L'annexe fournit des renseignements techniques sur les données, notamment les sources, les limites et des notes explicatives. Il est important de signaler que certains chiffres ne concordent peut-être pas exactement avec ceux figurant dans d'autres rapports (p. ex., le Rapport initial sur la santé publique ou d'autres rapports sur la couverture vaccinale). Cela est attribuable à plusieurs facteurs, comme les différences entre les définitions, le calendrier ou l'exhaustivité des données selon la date de consultation.

*Nouvelle analyse pour l'Ontario et le Canada

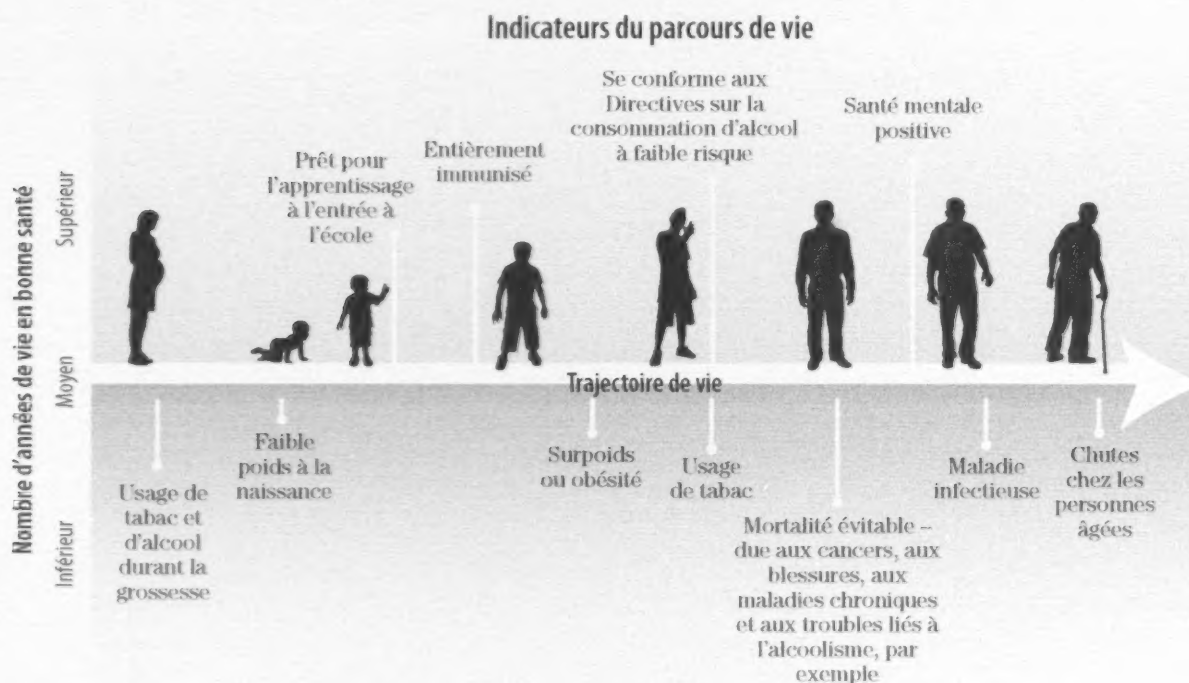
**Nouvelle analyse pour l'Ontario

Définition de la santé selon l'Organisation mondiale de la Santé: La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Indicateurs figurant dans le rapport

Diagramme du parcours de vie

Ce diagramme représente un parcours de vie caractérisé par une bonne santé et un parcours de vie avec une moins bonne santé au regard de certains indicateurs figurant dans ce rapport.



Définition

Le présent indicateur sert à évaluer la proportion de femmes de 15 à 55 ans qui ont fumé ou qui ont consommé de l'alcool durant leur dernière grossesse.

L'annexe technique donne une définition technique plus détaillée de chaque indicateur.



1. Tabagisme et consommation d'alcool pendant la grossesse

Pourquoi cet indicateur est important et ce qu'il mesure

Le tabagisme et la consommation d'alcool pendant la grossesse sont des comportements à risque modifiables qui peuvent avoir des effets négatifs sur la santé, tant pour la mère que pour le bébé. Cet indicateur est très significatif du point de vue du parcours de vie. Il existe un ensemble de preuves qui montre que l'exposition à la fumée de tabac et à l'alcool avant la naissance peut avoir des effets négatifs à court, à moyen et à long terme sur la santé des enfants. Pour les bébés, les effets d'une exposition de ce genre peuvent constituer un risque « précurseur » pouvant entraîner des problèmes de santé toute leur vie durant.

Dans un rapport de 2010 intitulé *Growing Up In B.C.*⁴, le médecin-hygiéniste en chef, le Dr Perry Kendall, et le représentant de la Colombie-Britannique pour les enfants ont inclus les « comportements à risque de la mère », comme le tabagisme et la consommation d'alcool, dans les indicateurs clés.

Selon ce rapport : « Le tabagisme maternel a des effets négatifs sur la croissance in utero et durant la petite enfance. Parmi les répercussions que le tabagisme maternel peut avoir sur la santé à court terme figurent des taux accrus d'avortement spontané, de naissance prématurée et de mort subite du nourrisson. À long terme, le tabagisme maternel peut accroître le risque que l'enfant souffre d'infections de l'oreille et des voies respiratoires, ou d'asthme, ou qu'il ait des difficultés d'apprentissage. En ce qui concerne l'exposition prénatale à l'alcool, les effets négatifs peuvent comprendre des problèmes d'audition et de vision, une croissance lente et des lésions cérébrales entraînant des problèmes permanents de mémoire, d'attention, de raisonnement et de jugement. Au Canada, le syndrome d'alcoolisme fœtal est reconnu comme une cause importante de déficience développementale. » Par ailleurs, le tabagisme et la consommation d'alcool chez la mère sont liés à l'insuffisance de poids à la naissance, laquelle est en corrélation avec un risque accru de décès tout au long de la vie.

Le rapport intitulé *Enfants du début du primaire*⁵ que l'Agence de la santé publique du Canada a publié en 2011 examine les effets de l'exposition in utero au tabac ou à l'alcool, ou aux deux, chez les enfants canadiens, notamment sur le plan scolaire. Le rapport conclut que la consommation d'alcool et le tabagisme de la mère pendant la grossesse laissent présager des problèmes chez l'enfant à l'école, même lorsqu'on tient compte des comportements ultérieurs des parents de l'enfant en matière de consommation d'alcool et de tabagisme. Il conclut également que ces effets risquent de compromettre le rendement scolaire et le comportement social de l'enfant jusqu'au début de son adolescence.

Mesures prises pour lutter contre le tabagisme et la consommation d'alcool pendant la grossesse

En Ontario, un certain nombre de mesures ont été prises dans le but de réduire le tabagisme et la consommation d'alcool chez la mère. Mentionnons les démarches de prévention précoce par les médecins de famille, la sensibilisation du public et d'autres interventions du secteur de la santé publique visant à promouvoir des grossesses normales et à prévenir la consommation de tabac et d'alcool par les femmes enceintes. En outre, on a réalisé des initiatives liées à « Ontario sans fumée » dans le but de promouvoir l'abandon du tabagisme dans l'ensemble de la population ontarienne.

Les données de l'Ontario

Environ 5 pour cent des Ontariennes ont répondu avoir consommé de l'alcool durant leur plus récente grossesse lorsqu'on leur a posé la question en 2007-2008. Cela représente une diminution importante comparativement à 10 pour cent en 2003 et en 2005. En Ontario, 8 pour cent des femmes âgées de 15 à 55 ans ont dit avoir fumé durant leur dernière grossesse. Il s'agit d'une diminution considérable par rapport à 12 pour cent en 2003.

Les femmes qui vivent dans des quartiers associés au groupe socioéconomique le plus faible étaient plus susceptibles de déclarer avoir fumé durant leur dernière grossesse (16 pour cent) que celles des quartiers associés au groupe socioéconomique le plus élevé (4 pour cent) selon la définition fondée sur la dimension de privation matérielle de l'indice de marginalisation de l'Ontario (Ontario Marginalization Index)*. Si on compare le quintile le plus faible de revenu moyen du quartier avec le quintile le plus élevé, les résultats suivent une tendance semblable (11 pour cent comparativement à 5 pour cent)⁶.

Les femmes âgées de 25 ans et plus, et n'ayant pas de diplôme d'études secondaires étaient plus susceptibles de signaler avoir fumé durant leur dernière grossesse (22 pour cent) que celles ayant fait des études postsecondaires (4 pour cent).

Les femmes résidant hors réserve qui ont déclaré appartenir au groupe des Premières Nations, des Inuits et des Métis étaient plus portées à déclarer avoir fumé durant leur dernière grossesse (34 pour cent) que celles qui n'ont pas déclaré leur appartenance à ce groupe (7 pour cent).

*Les données de l'indice de marginalisation de l'Ontario (ON-Marg) ont été utilisées pour plusieurs indicateurs figurant dans le présent rapport. ON-Marg est un indice établi à partir de données de recensement et de données géographiques; il sert à la planification, à l'évaluation des besoins, à la répartition des ressources, à la surveillance des inégalités et à la recherche.

ON-Marg comprend des données qui illustrent les différences entre les régions et aide à définir les inégalités dans diverses mesures de la santé et du bien-être social, que ce soit entre différents groupes démographiques ou entre les régions.

Comparaison entre l'Ontario et le reste du pays

La proportion d'Ontariennes qui étaient peu portées à déclarer avoir fumé pendant leur dernière grossesse était de 10 pour cent comparativement à la moyenne canadienne de 13 pour cent en 2005, la plus récente année pour laquelle des comparaisons nationales ont été effectuées.

Il y a eu un léger changement dans la consommation d'alcool durant la grossesse au Canada. Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), le taux des mères canadiennes qui ont déclaré avoir consommé de l'alcool durant la grossesse a atteint 12 pour cent en 2000-2001 et en 2003, et 10 pour cent en 2005. Ce pourcentage comprend toutes les mères qui ont déclaré avoir bu, sans égard à la quantité consommée et à la fréquence⁷.

Les améliorations possibles

Malgré les efforts déployés pour dissuader les mères de fumer et de consommer de l'alcool, la situation en Ontario reste préoccupante. La bonne nouvelle est que le pourcentage d'Ontariennes qui signalent avoir fumé ou consommé de l'alcool, ou fait les deux durant la grossesse semble peu élevé et qu'il est en baisse. En revanche, d'importantes différences continuent à être signalées dans les sous-populations. Vu que les renseignements sur les comportements négatifs sont des données «autodéclarées», il est possible que les personnes concernées soient plus réticentes à les communiquer et, par conséquent, que la véritable ampleur du problème soit sous-estimée.

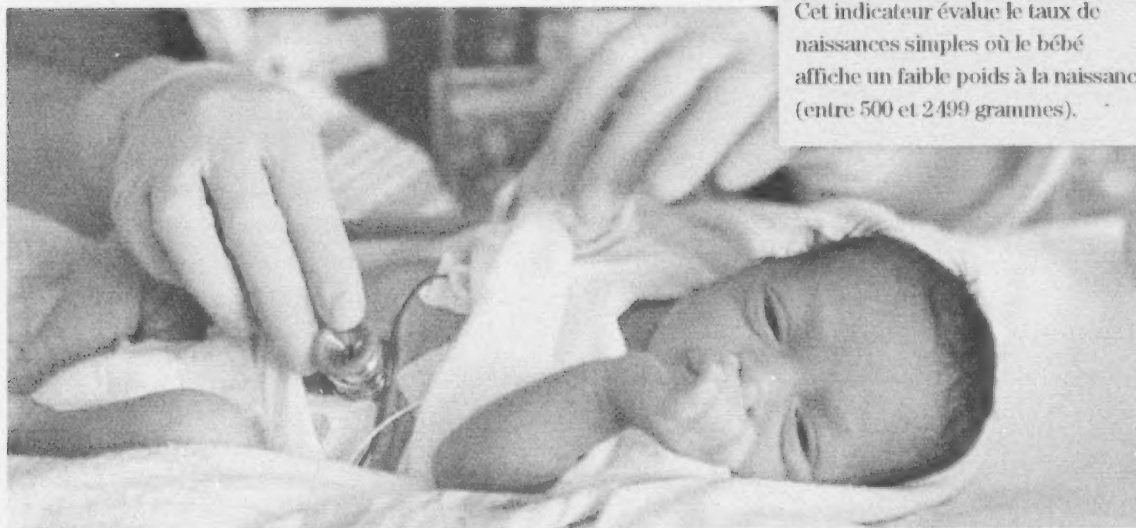
En octobre 2010, j'ai publié une déclaration après la diffusion d'un rapport important du Groupe consultatif de la Stratégie antitabac. J'affirmais dans cette déclaration que: «Les bébés dont les mamans fument pendant la grossesse présentent un risque accru, avant et après la naissance, de bon nombre de troubles de la santé, notamment d'une naissance prématurée, de mort subite du nourrisson et de troubles respiratoires tels que l'asthme et une fonction pulmonaire réduite.»

Je suis encouragée par des engagements particuliers associés à la lutte contre le tabagisme et repris en ces termes dans le Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé: «Nous sommes déterminés à obtenir le taux de tabagisme le plus bas au Canada et nous allons continuer d'accroître nos efforts pour atteindre cet objectif. Afin d'aider davantage de gens à cesser de fumer, nous avons récemment ajouté au formulaire du Programme de médicaments de l'Ontario des médicaments favorisant la désaccoutumance au tabac, et étendu l'accès aux thérapies de substitution de la nicotine aux personnes suivant un traitement contre la dépendance. Nous allons augmenter les amendes à l'endroit des personnes qui vendent du tabac à des mineurs et nous allons poursuivre notre stratégie de lutte à la contrebande en doublant nos efforts en matière d'exécution de la loi.⁸»

Par ailleurs, j'aimerais qu'on multiplie les efforts faits pour s'attaquer au problème du tabagisme et de la consommation d'alcool durant la grossesse qui touche les groupes défavorisés, notamment les femmes des collectivités autochtones et des Premières Nations. Pour commencer, il faudrait reconnaître clairement que les répercussions sont plus importantes pour les femmes défavorisées, soit celles des collectivités autochtones et des Premières Nations, et établir des objectifs clairs soutenus par des investissements concrets.

Définition

Cet indicateur évalue le taux de naissances simples où le bébé affiche un faible poids à la naissance (entre 500 et 2 499 grammes).



2. Faible poids à la naissance

Pourquoi cet indicateur est important et ce qu'il mesure

Le faible poids à la naissance est un indicateur important du point de vue de la santé publique. Les bébés ayant un faible poids à la naissance risquent davantage de décéder au cours de la petite enfance et sont plus susceptibles d'avoir tout un éventail de problèmes de santé et de développement. En outre, cet indicateur est important parce que le faible poids à la naissance a tendance à être plus fréquent chez les groupes défavorisés^{9,10}.

Parmi les facteurs de risque associés à un faible poids à la naissance figurent le désavantage socioéconomique, des problèmes de santé et une mauvaise alimentation pendant la grossesse, l'usage du tabac pendant la grossesse, la consommation de drogues ou d'alcool pendant la grossesse, et la violence subie pendant la grossesse. Les efforts déployés pour contrer ces facteurs de risque peuvent avoir un effet protecteur.

Remarque au sujet des naissances simples

Le présent indicateur n'inclut que les naissances dites simples, c'est-à-dire qu'il exclut les bébés issus d'une naissance multiple tels que les jumeaux ou les triplés. Dans des pays développés, les taux de faible poids à la naissance peuvent être attribuables à des facteurs autres que ceux visés directement par l'indicateur, comme le recours à des traitements de fertilité, des interventions cliniques en particulier lors de l'accouchement et l'âge avancé des mères. L'indicateur cible principalement le faible poids à la naissance associé aux facteurs de risque indiqués ci-dessus.

Mesures prises pour prévenir le faible poids à la naissance

En Ontario, on a pris plusieurs mesures pour prévenir le faible poids à la naissance et contrer les facteurs de risque connexes. Mentionnons notamment les programmes de santé publique destinés à favoriser des grossesses normales; les initiatives provinciales visant à remédier à la pauvreté et aux problèmes de santé chez les groupes défavorisés, comme la Stratégie de réduction de la pauvreté; d'autres initiatives axées sur la prévention du mésusage de substances pendant la grossesse; Ontario sans fumée et les ressources liées à l'abandon du tabagisme; le programme « Meilleur départ »; ainsi que l'information et la sensibilisation dans le but de prévenir la violence familiale pendant la grossesse.

Les données de l'Ontario

En 2011, 48 bébés uniques pour mille naissances (pour un total de 6 460 bébés uniques) étaient considérés comme ayant un faible poids à la naissance. Le taux de faible poids à la naissance était plus élevé chez les filles que chez les garçons, celui-ci étant de 51 pour mille naissances simples chez les filles contre 47 pour mille naissances simples chez les garçons.

Qui plus est, dans les secteurs géographiques où le niveau de privation matérielle des quartiers était le plus élevé, les taux de bébés ayant un faible poids à la naissance (60 pour mille naissances simples) étaient plus élevés que dans les secteurs où le niveau de privation matérielle des quartiers était le plus bas (soit 43 pour mille naissances). D'autres mesures du statut socioéconomique ont également fait ressortir un lien semblable avec les taux de faible poids à la naissance. Par exemple, dans les quartiers où le revenu moyen est bas et où l'instabilité résidentielle est importante (comme les régions où des résidents se sont installés récemment), le taux de bébés ayant un faible poids à la naissance était également plus élevé. Cependant, comme l'indique le tableau suivant, les taux pour l'ensemble de la population sont restés relativement stables au cours des cinq dernières années.

Naissances simples en Ontario, de 2007 à 2011

Année	Deux sexes			Garçons			Filles		
	Bébés uniques de 500 à 2 499 g	Bébés uniques de 500 g ou plus	Faible poids à la naissance pour mille naissances	Bébés uniques de 500 à 2 499 g	Bébés uniques de 500 g ou plus	Faible poids à la naissance pour mille naissances	Bébés uniques de 500 à 2 499 g	Bébés uniques de 500 g ou plus	Faible poids à la naissance pour mille naissances
2007	6 492	136 037	47,7	3 174	69 557	45,6	3 318	66 480	49,9
2008	6 554	136 315	48,1	3 241	69 904	46,4	3 313	66 411	49,9
2009	6 498	135 580	47,9	3 162	69 624	45,4	3 336	65 956	50,6
2010	6 602	133 509	49,4	3 130	68 550	45,7	3 472	64 959	53,4
2011	6 460	133 237	48,5	3 174	68 256	46,5	3 286	64 981	50,6

Source: *Congés des patients hospitalisés (données de 2003 à 2011), ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, savoirSANTÉ ONTARIO, données extraites le 4 septembre 2012.*

Ce tableau ne prend pas en compte les bébés dont le poids à la naissance était inférieur à 500 g, en raison de problèmes liés à la qualité des données.

Comparaison entre l'Ontario et le reste du pays

En 2010, si l'on compte tous les bébés ayant un faible poids à la naissance (les bébés uniques et les bébés issus de naissances multiples), l'Ontario, Terre-Neuve-et-Labrador, l'Alberta, le Yukon et le Nunavut avaient des taux de faible poids à la naissance supérieurs à la moyenne nationale¹⁷.

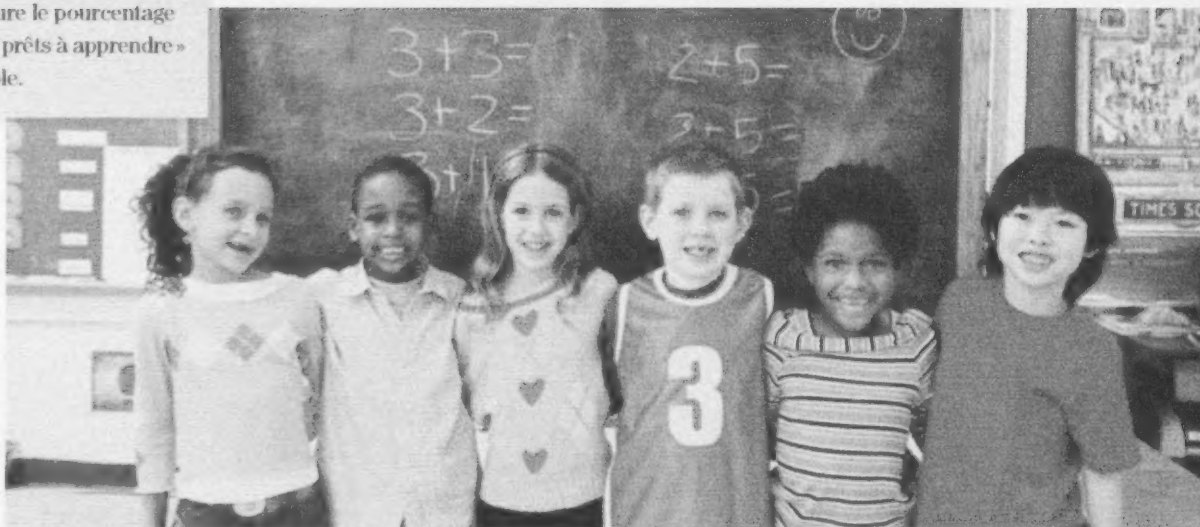
Les améliorations possibles

Comme je l'ai déjà mentionné au sujet du tabagisme et de la consommation d'alcool pendant la grossesse, qui ont également une incidence sur le présent indicateur, je souhaite que soient prises des mesures plus concertées pour tenir compte des autres facteurs de risque modifiables associés au faible poids à la naissance, en particulier chez les femmes défavorisées. En outre, il faut établir un inventaire pangouvernemental des mesures visant à réduire le taux de bébés ayant un faible poids à la naissance, car celles-ci sont mal ciblées.

Par ailleurs, il faut multiplier les efforts pour comprendre les causes associées au poids élevé ou faible des bébés à la naissance dans les collectivités autochtones et des Premières Nations, et améliorer la santé des mères et des bébés dans ces collectivités. Même si l'indicateur porte sur le faible poids à la naissance, il est important de reconnaître que le poids élevé à la naissance constitue également un problème chez certaines populations, notamment les Premières Nations, les Inuits et les Métis.

Définition

Cet indicateur mesure le pourcentage d'enfants qui sont « prêts à apprendre » à leur entrée à l'école.



3. Développement sain de l'enfant à son entrée à l'école

Pourquoi cet indicateur est important et ce qu'il mesure

Le présent indicateur mesure la santé de l'enfant sur le plan du développement et sa capacité de réussir au moment où il fait son entrée à l'école. Il s'appuie sur l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance (IMDPE), qui est utilisé au jardin d'enfants en Ontario. L'IMDPE aide à brosser un tableau pluridimensionnel de l'expérience de vie et du développement des enfants jusqu'à leur entrée à l'école parce qu'il mesure différents aspects du développement et des expériences, lesquels contribuent à la capacité d'apprendre.

L'IMDPE mesure ce qui suit :

- la santé physique et le bien-être;
- l'aptitude sociale;
- la maturité affective;
- l'acquisition du langage et le développement cognitif;
- l'aptitude à communiquer et les connaissances générales.

Les enfants ont plus de chances de réussir sur les plans social et scolaire s'ils sont prêts à apprendre lorsqu'ils commencent l'école. Cet indicateur est significatif du point de vue du parcours de vie parce qu'il porte sur une étape clé de la vie et englobe divers facteurs sociaux, environnementaux et liés à la santé qui peuvent avoir une incidence sur la capacité d'un enfant de réussir à cette étape cruciale de sa vie. En outre, il est prouvé que le développement d'un enfant et sa capacité de réussir à son entrée à l'école peuvent avoir une influence sur ce qu'il deviendra dans la vie.

Mesures prises pour améliorer le développement sain de l'enfant à son entrée à l'école

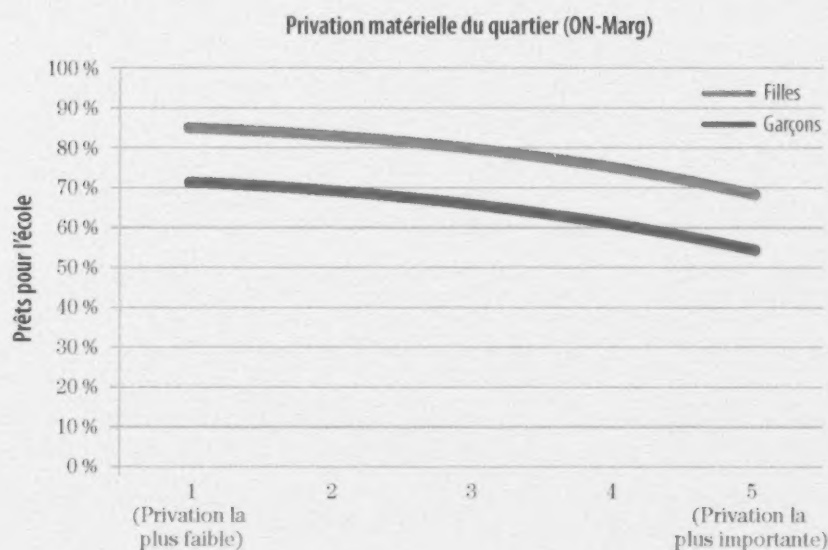
La maturité scolaire figure à titre d'indicateur dans la Stratégie de réduction de la pauvreté, et l'Ontario a fait rapport sur cet indicateur dans le cadre de cette stratégie. Entre 2007 et 2009, 71,5 pour cent des enfants faisant l'objet de l'enquête ne montraient aucun signe de vulnérabilité. Dans ce contexte, le terme « vulnérable » s'entend d'un enfant qui, à défaut de soutien ou de soin supplémentaire, risque de connaître des difficultés plus tard à l'école et dans la société. Cela signifie qu'en Ontario, la plupart des enfants se portent bien sur le plan scolaire, mais que certains d'entre eux pourraient bénéficier d'un soutien supplémentaire pour favoriser leur apprentissage et leur réussite¹².

Il existe en Ontario de nombreux services et mesures de soutien qui visent à favoriser le développement sain de l'enfant avant son entrée à l'école. Les programmes de développement destinés aux parents et aux enfants jouent un rôle important en aidant les enfants à avoir le meilleur départ possible dans la vie. Comme je l'ai mentionné, la Stratégie de réduction de la pauvreté comprend le développement sain de l'enfant à l'entrée à l'école à titre d'indicateur et reconnaît les effets que la situation économique et sociale d'un enfant a sur son développement, sa santé et ses chances de réussir à l'école. Ensemble, des programmes tels que « Bébé en santé, enfants en santé », les Centres de la petite enfance, le Programme de dépistage néonatal des troubles auditifs et d'intervention précoce, le Programme de services de rééducation de la parole et du langage pour les enfants d'âge préscolaire et le Programme de développement du nourrisson offrent aux parents une gamme de services de soutien, de dépistage ainsi que d'évaluation et de traitement afin d'aider les enfants à réussir à l'école et dans la vie.

Les données de l'Ontario

Pour la période de 2010 à 2012, 72 pour cent des enfants de l'Ontario étaient prêts pour l'école, c.-à-d. qu'ils ne montraient aucun signe de vulnérabilité dans les domaines mesurés par l'IMDPE. Il y avait 79 pour cent des filles qui se disaient prêtes pour l'école contre 66 pour cent pour les garçons. Les filles ont tendance à être plus prêtes que les garçons à leur entrée à l'école. Cependant, comme pour d'autres indicateurs déjà mentionnés, lorsqu'on tient compte du niveau de privation du quartier, les enfants des quartiers où la privation matérielle est plus marquée ont tendance à être moins prêts à apprendre à leur entrée à l'école.

Maturité scolaire selon la privation matérielle du quartier



Le graphique ci-dessus illustre la maturité scolaire selon le niveau de privation matérielle du quartier (1 = privation la plus faible, 5 = privation la plus importante). Il montre que les enfants des quartiers les plus défavorisés sont moins susceptibles d'être prêts à réussir à l'école que ceux des quartiers moins défavorisés.

Les améliorations possibles

L'Ontario a réalisé des progrès considérables et a beaucoup investi dans le développement sain de l'enfant. De 2008 à 2009, soit la première année de la Stratégie de réduction de la pauvreté, 20 000 enfants ont été sortis de la pauvreté. Cela représente une diminution de plus de 4 pour cent du nombre d'enfants vivant dans la pauvreté. Je suis très encouragée par ces progrès ainsi que par l'introduction de la maternelle et du jardin d'enfants à temps plein en Ontario.

Cependant, à l'heure où d'importantes sommes provenant du trésor public sont investies dans la promotion du développement sain de l'enfant, il faut effectuer un inventaire des initiatives en cours et une évaluation rigoureuse de l'efficacité de ces investissements. La création d'un programme intégré et global basé sur les efforts en cours à l'échelle du gouvernement rehausserait notre capacité de maintenir les gains réalisés et de faire avancer les choses sur le plan de cet indicateur important. Elle nous permettrait également de localiser les lacunes dans les programmes. Une approche intégrée et pangouvernementale axée sur les programmes nous permettrait de définir les résultats à atteindre, en matière de développement, par exemple, grâce aux efforts concertés de différents ministères, notamment le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, le ministère des Services à l'enfance et à la Jeunesse, celui de l'Éducation et celui des Services sociaux et communautaires.

Définition

Cet indicateur mesure la couverture vaccinale des élèves pour les vaccins obligatoires aux termes de la *Loi sur l'immunisation des élèves*.



Le dernier cas de poliomyélite déclaré aux Amériques date de 1991; il s'agissait d'un garçon péruvien de deux ans. Cette maladie infantile n'a pu être éliminée des Amériques qu'à la suite d'un effort d'immunisation gigantesque amorcé par l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) en 1985; il a connu son apogée lorsque les Amériques ont été certifiées sans poliomyélite par une commission internationale en 1994. Source: www.paho.org.

4. Couverture vaccinale des élèves

Pourquoi cet indicateur est important et ce qu'il mesure

L'immunisation est l'une des initiatives de santé publique les plus importantes et les plus rentables à être entrées dans l'histoire récemment. Grâce à l'accès universel à des vaccins efficaces, les enfants en Ontario sont désormais à l'abri de nombreuses maladies du passé qui peuvent être prévenues par un vaccin.

Cet indicateur mesure la « couverture » chez les élèves au regard du groupe élémentaire de vaccins obligatoires aux termes de la *Loi sur l'immunisation des élèves* pour fréquenter l'école, soit ceux contre le tétanos, la diphtérie, la polio, la rougeole, les oreillons et la rubéole. La couverture désigne le pourcentage d'un groupe particulier qui a reçu les vaccins obligatoires contre une maladie.

En Ontario, les bureaux de santé publique surveillent l'état d'immunisation des élèves, conformément à la *Loi sur l'immunisation des élèves*, pour veiller à ce que les enfants qui n'ont pas d'exemption valide aient reçu tous les vaccins requis et puissent continuer à fréquenter l'école.

L'Ontario continue à investir d'importantes sommes dans les programmes provinciaux d'immunisation dans le cadre d'interventions en santé publique qui sont fondamentales et hautement rentables. Cependant, bon nombre de maladies pouvant être prévenues par un vaccin et déjà éradiquées au Canada sont tombées dans l'oubli; nombre d'entre elles sont si rares qu'elles ne sont pas reconnues par les fournisseurs de soins de santé ou les parents. De plus, la lutte contre l'immunisation a pris une telle ampleur qu'il faut renseigner le public et les fournisseurs sur les avantages de l'immunisation pour la santé de tous en Ontario. L'immunisation est l'un des principaux domaines de la santé publique dans lesquels il est crucial de maintenir les gains réalisés tout en faisant avancer les choses pour réaliser une meilleure couverture vaccinale. Nous sommes constamment en présence de difficultés liées à l'acquisition de nombreux vaccins, malgré l'accès universel à ceux-ci et une meilleure infrastructure de distribution. Il est absolument indispensable de réitérer sans cesse les messages de santé publique sur l'importance de l'immunisation en tant qu'intervention préventive capable de sauver des vies.

Les données de l'Ontario

L'Ontario continue à atteindre des taux de couverture relativement hauts pour les vaccins obligatoires, mais il reste en deçà des taux de couverture que je voudrais voir pour *tous* les vaccins financés par le secteur public. Le système d'immunisation de l'Ontario prévoit une variété de lieux de distribution, notamment les services de soins primaires, les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée, les bureaux de santé publique, les écoles et les pharmacies. La plupart des vaccins sont administrés durant l'enfance ou la petite enfance, ou chevauchent ces deux stades, et sont suivis d'une immunisation supplémentaire offerte aux enfants d'âge scolaire; d'autres sont administrés aux adultes. En Ontario, les vaccins financés par la province sont obtenus par l'entremise d'un processus d'approvisionnement (soit en collaboration avec d'autres provinces ou territoires, ou avec Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, ou un regroupement de ces instances, soit par le gouvernement de l'Ontario lui-même) et offerts gratuitement aux praticiens et organismes qui les administrent. Ceci représente un investissement provincial de plusieurs millions de dollars.

L'efficacité des programmes d'immunisation provinciale et le moyen d'obtenir le meilleur rendement du capital investi sont des questions qui restent très préoccupantes, et pour cause. Nous continuons à expérimenter une couverture sous-optimale avec le Programme universel de vaccination contre la grippe et le Programme de vaccination contre le virus du papillome humain (VPIH).

Couverture vaccinale pour l'année scolaire 2010-2011

Couverture vaccinale en Ontario, pour les vaccins dont l'administration commence peu après la naissance et durant la petite enfance, chez les enfants âgés de 7 à 17 ¹ ans; pour l'année scolaire 2010-2011			
	Antigène	7 ans (année de naissance: 2003)	17 ans (année de naissance: 1993)
Maladies désignées en vertu de la <i>Loi sur l'immunisation des élèves</i>	Diphtérie	81,1 %	83 %
	Tétanos	80,9 %	83,5 %
	Polio	80,4 %	93,2 %
	Rougeole ²	86,2 %	94,2 %
	Oreillons ²	85,8 %	92 %
	Rubéole ³	95 %	96,6 %

Source: Système d'archivage des dossiers d'immunisation

Notes

1. Les estimations concernant la couverture vaccinale pour les enfants de 17 ans ne tiennent pas compte des données des bureaux de santé publique de l'Est, de Halton, de Lambton et de Middlesex-London, lesquelles ont été archivées et ne sont pas accessibles pour analyse.
 2. Les données présentées concernent la couverture pour les vaccins à deux doses contenant le virus de la rougeole et celui des oreillons, conformément aux Calendriers de vaccination financée par le secteur public en Ontario et aux recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI).
 3. Les données présentées concernent la couverture pour au moins 1 dose de vaccin contenant le virus de la rubéole, conformément aux recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI).
- La Loi sur l'immunisation des élèves exige que les médecins-hygiénistes locaux tiennent un dossier d'immunisation pour chaque élève fréquentant l'école dans le territoire qu'ils desservent et exige que les parents d'élèves veillent à ce que leurs enfants soient vaccinés contre ces maladies à moins de fournir une exemption médicale valide ou une déclaration d'objection fondée sur la conscience ou une croyance religieuse. Les enfants de 7 ans et ceux âgés de 17 ans sont pris en compte dans ce tableau, afin de démontrer les tendances de la couverture, illustrées ici pour deux cohortes d'âge.

Comparaison entre l'Ontario et le reste du pays

Le taux national de couverture vaccinale au Canada n'est pas idéal; ainsi, les personnes non immunisées s'exposent à des maladies qui peuvent être prévenues par un vaccin, notamment la rougeole, les oreillons et la coqueluche. Pour prévenir et maîtriser les maladies contre lesquelles il existe un vaccin, les taux globaux de couverture vaccinale devraient être de plus de 90 pour cent. L'Organisation mondiale de la Santé a déclaré que tous les pays devraient atteindre un taux de couverture vaccinale de 90 pour cent d'ici 2010.

Dans un rapport du gouvernement du Canada datant de 2006, le taux de couverture vaccinale ciblé chez les enfants de deux ans pour 2010 était fixé à :

- 95 pour cent pour la coqueluche;
- 85 pour cent pour la varicelle;
- 97 pour cent pour la rubéole;
- 90 pour cent pour le vaccin antipneumococcique conjugué;
- 97 pour cent pour les vaccins antiméningococciques C conjugués.

Un échantillonnage des résultats de l'Enquête nationale sur la vaccination (de 2006) montre que seulement 61 pour cent des enfants de deux ans et 41 pour cent des enfants de sept ans avaient reçu le nombre de doses recommandées par le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) pour une combinaison de vaccin DCaT-VPI-Hib et de vaccin antirougeoleux, antiourlien et antirubéoleux (RRO) (contre la diphtérie, le tétanos, la polio, la rougeole, les oreillons et la rubéole) avant leur deuxième et leur septième anniversaire respectivement¹³.

L'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) déclare les taux d'immunisation contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche (DTC) et la rougeole seulement, et il est important de noter que ceci n'est peut-être pas directement comparable aux données et à l'analyse fournies ci-dessus pour l'Ontario. Au Canada, la proportion d'enfants d'un ou deux ans ayant reçu trois doses du vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) en 2010 était de 80 pour cent tandis que, dans l'ensemble des pays de l'OCDE déclarant ces données (n=34), elle oscillait entre 80 et 99 pour cent avec un taux médian de 96 pour cent. En ce qui concerne la rougeole, au Canada, la proportion d'enfants d'un ou deux ans ayant reçu une dose du vaccin en 2010 était de 93 pour cent tandis que, dans les pays de l'OCDE déclarant ces données (n=31), elle oscillait entre 76 et 99 pour cent avec un taux médian de 95 pour cent¹⁴.

Mesures prises pour améliorer la couverture vaccinale

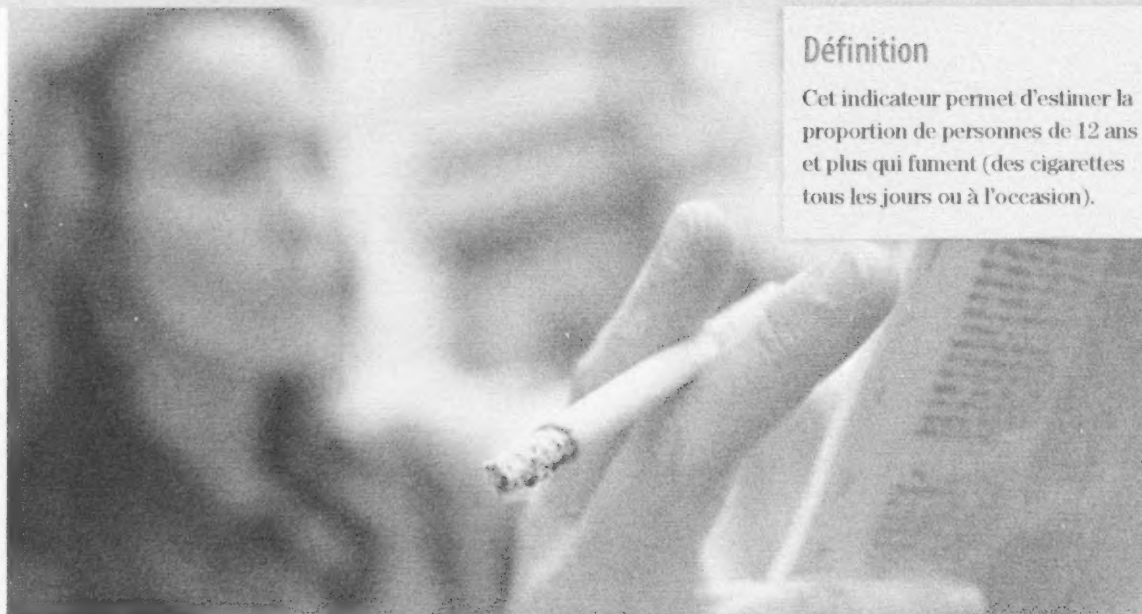
Le ministère continue à investir d'importantes sommes dans l'immunisation. Il prévoit, par exemple, l'octroi de fonds aux bureaux de santé publique pour des programmes de lutte contre les maladies pouvant être prévenues par un vaccin, des campagnes provinciales de communication et de sensibilisation du public, et l'achat de vaccins et le versement d'honoraires à des professionnels de la santé pour l'administration des vaccins, y compris des incitatifs particuliers pour promouvoir l'immunisation en tant que haute intervention de prévention primaire. Les médecins de soins primaires en Ontario ont droit à des mesures incitatives financières pour des interventions ou services préventifs particuliers, y compris le vaccin antigrippal et l'immunisation des enfants.

Le ministère a également apporté des améliorations continues aux programmes d'immunisation de l'Ontario en y ajoutant de nouveaux vaccins, notamment le vaccin antirotavirus oral pour les nourrissons âgés de 6 à 24 semaines, l'ajout d'une seconde dose de vaccin contre la varicelle pour les enfants âgés d'un an à 11 ans et une dose de rappel du vaccin anticoquelucheux pour les adultes âgés de 19 à 64 ans. À compter de septembre 2012, les filles de 9^e, 10^e, 11^e et 12^e année qui n'ont pas reçu ou fini de recevoir le vaccin à trois doses contre le VPH en 8^e année peuvent recevoir ce vaccin gratuitement jusqu'à la fin de la 12^e année. Les filles qui étaient en 8^e année durant l'année scolaire 2007-2008 se voient également offrir le vaccin dans le cadre d'un programme de rattrapage unique qui est offert jusqu'au 30 juin 2013. Les élèves admissibles seraient nées en 1993 ou en 1994. Le ministère a également effectué des changements récemment pour élargir le champ d'exercice des pharmaciens et des pharmaciennes de façon à leur permettre d'administrer le vaccin antigrippal dans le cadre du Programme universel d'immunisation contre la grippe (PUVG). À compter du 22 octobre 2012, les Ontariens et les Ontariennes âgés de plus de cinq ans peuvent recevoir le vaccin antigrippal dans une pharmacie participante de leur région en vertu du Programme universel d'immunisation contre la grippe.

Les améliorations possibles

L'immunisation reste une priorité clé que je continuerai à promouvoir comme étant l'un des plus importants projets jamais réalisés en santé publique.

Compte tenu de ce qui précède, j'ai entrepris une révision du système d'immunisation en Ontario. Sous la direction d'un comité consultatif d'experts, nous sommes en train de revoir tous les aspects des programmes d'immunisation provinciaux pour déterminer les domaines à améliorer dans la distribution et l'acquisition de vaccins. J'attends avec impatience les résultats de ces travaux qui, je pense, permettront de faire la lumière sur certains points prioritaires qu'il convient de définir dans le Plan stratégique du secteur de la santé publique.



Définition

Cet indicateur permet d'estimer la proportion de personnes de 12 ans et plus qui fument (des cigarettes tous les jours ou à l'occasion).

5. Prévalence du tabagisme

Pourquoi cet indicateur est important et ce qu'il mesure

Le tabagisme est l'une des plus grandes causes de maladies et décès évitables en Ontario. Le tabac tue 13 000 personnes par an, soit trois fois plus que l'alcool, la drogue, les suicides, les homicides et les collisions réunis. Chaque année, les maladies liées au tabac entraînent des dépenses de soins de santé directes de 1,93 milliard de dollars pour le système de santé de l'Ontario et coûtent 5,8 milliards en pertes de productivité¹⁵.

Mesures prises pour lutter contre le tabagisme en Ontario

L'inclusion d'un inventaire complet et détaillé de toutes les initiatives actuellement en cours pour lutter contre le tabagisme en Ontario déborderait le domaine du présent rapport. Comme de nombreux partenaires du secteur de la santé et des autres secteurs, le gouvernement provincial a fait des progrès considérables dans ce domaine au cours des dernières années. Je suis également encouragée par les engagements prévus dans le Plan d'action en matière de soins de santé pour réduire le tabagisme. Les mesures de lutte contre le tabagisme servent aussi d'exemple très instructif de transformation dans notre compréhension collective d'un comportement qui, autrefois, était jugé acceptable. Aujourd'hui, le tabagisme est généralement considéré comme dangereux et malsain, d'où les efforts concertés du gouvernement et de l'ensemble des secteurs pour tenter de l'éliminer.

Pour être plus précise, je tiens à souligner que des structures et des processus ont été établis par le ministère pour définir les activités liées à l'usage du tabac et établir des méthodes axées sur des programmes pour éliminer le tabagisme en Ontario. Étant donné que le gouvernement entend continuer à réduire l'usage du tabac en Ontario, des tables consultatives externes et des tables intergouvernementales internes de haut niveau ont été établies pour coordonner les activités liées à l'usage du tabac. Le gouvernement continue à mesurer et à communiquer les progrès réalisés

en matière de réduction de l'usage du tabac. De plus, les éléments de nos programmes de lutte contre le tabagisme sont variés et comprennent des interventions cliniques individuelles pour prévenir l'usage du tabac et encourager les gens à y renoncer, la promotion de la santé (p. ex., des activités de marketing social), la protection de la santé (p. ex., des politiques et des lois) et des politiques publiques favorables à la santé (p. ex., des interventions porteuses de résultats positifs pour la santé dans les autres secteurs). Les approches harmonisées, variées et axées sur un objectif commun ont beaucoup plus de chances de produire un effet.

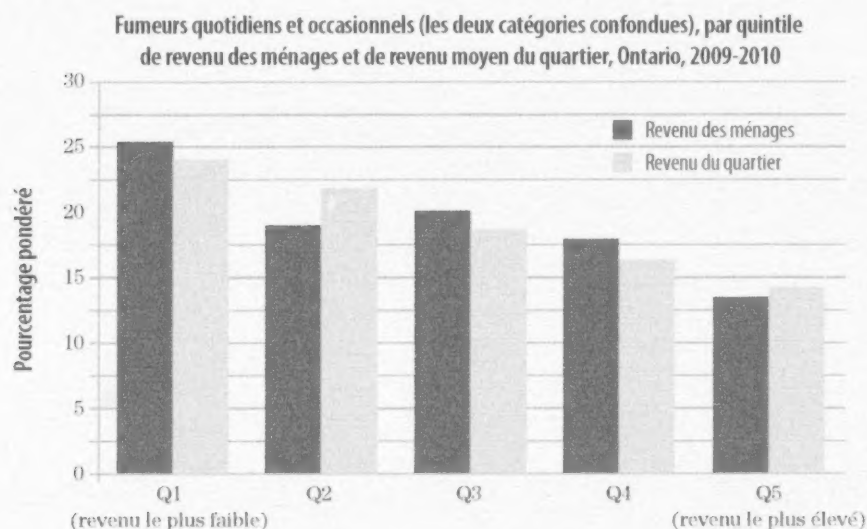
Les données de l'Ontario

Les efforts pour réduire l'usage du tabac ont donné des résultats positifs et les taux de personnes qui déclarent fumer tous les jours ou à l'occasion sont parmi les plus bas au pays, derrière la Colombie-Britannique seulement.

En 2009-2010, 19 pour cent des résidents de l'Ontario âgés de 12 ans et plus ont déclaré fumer tous les jours ou à l'occasion (14 pour cent ont déclaré fumer tous les jours tandis que 5 pour cent ont déclaré fumer à l'occasion). Les répondants de sexe masculin étaient plus portés à déclarer fumer tous les jours ou à l'occasion (23 pour cent) que les répondants de sexe féminin (15 pour cent). En 2009-2010, 9 pour cent des jeunes Ontariens de 12 à 19 ans ont déclaré fumer tous les jours ou à l'occasion, soit une baisse considérable au regard des 14 pour cent qui ont déclaré fumer tous les jours ou à l'occasion en 2003. Toujours en 2009-2010, 23 pour cent des adultes de l'Ontario âgés de 20 à 64 ans ont déclaré fumer tous les jours ou à l'occasion, ce qui représente également une baisse considérable par rapport aux 26 pour cent qui ont déclaré fumer tous les jours ou à l'occasion en 2003. Enfin, en 2009-2010, 9 pour cent des personnes âgées de l'Ontario ayant atteint 65 ans ou plus ont déclaré fumer tous les jours ou à l'occasion, résultat qui se rapproche de celui communiqué en 2003.

Comme pour les autres indicateurs, les personnes habitant dans les quartiers du groupe socioéconomique le plus défavorisé étaient plus nombreuses à déclarer fumer tous les jours ou à l'occasion (26 pour cent) que celles résidant dans les quartiers du groupe socioéconomique le plus privilégié selon la privation matérielle des quartiers (15 pour cent). Si l'on compare les plus faibles et les plus hauts quintiles de revenu moyen des ménages et des quartiers, les résultats suivent une courbe similaire. Les adultes âgés de 25 ans et plus qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires ou qui ont suivi des études secondaires et commencé des études postsecondaires étaient plus nombreux à déclarer fumer tous les jours ou à l'occasion (26 pour cent et 25 pour cent respectivement) que ceux qui avaient un diplôme d'études postsecondaires (17 pour cent). Ceux qui ont dit appartenir au groupe des Premières Nations, des Inuits et des Métis résidant hors réserve étaient plus nombreux à déclarer fumer tous les jours ou à l'occasion (35 pour cent) que ceux qui n'ont pas déclaré leur appartenance à ce groupe (18 pour cent).

Fumeurs quotidiens ou occasionnels en Ontario, selon le revenu moyen des ménages



Sources: 1) Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2009-2010, Statistique Canada, fichier de partage Canada, publié par le MSSLD de l'Ontario; 2) Quintile de revenu corrigé par équivalent-personne (QRCPEP), d'après le Recensement de 2006, attribué par le Fichier de conversion des codes postaux plus (FCCP+), publié par Statistique Canada.

Cette figure représente les fumeurs quotidiens et occasionnels selon le revenu moyen des ménages. Vous verrez que ce tableau illustre assez clairement que les Ontariens des quartiers ayant le plus faible revenu moyen ont les plus hauts taux de tabagisme – l'un des plus importants facteurs de risque modifiables associés à la maladie, au décès prématuré ou aux deux.

Fumeurs quotidiens et occasionnels en Ontario – personnes de 12 ans et plus

Ce tableau documente les fumeurs quotidiens et occasionnels en Ontario, de 2003 à 2009-2010, et illustre une baisse des taux globaux dans le temps.

Fumeurs quotidiens et occasionnels réunis ¹ , Ontario, les deux sexes confondus et selon le sexe, 2003 à 2009-2010						
Année	Les deux sexes confondus		Sexe masculin		Sexe féminin	
	Nombre estimatif	Pourcentage estimatif	Nombre estimatif	Pourcentage estimatif	Nombre estimatif	Pourcentage estimatif
2003	2 271 041	22,2	1 250 054	24,8	1 020 986	19,6
2005	2 196 522	20,8	1 214 523	23,4	981 999	18,3
2007-2008	2 204 751	20,3	1 261 919	23,7	942 832	17
2009-2010	2 109 175	19	1 230 940	22,6	878 235	15,5

Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2003 à 2009-2010, Statistique Canada, fichier de partage Canada, publié par le MSSLD de l'Ontario.

Remarques: Les fumeurs quotidiens sont les personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré fumer des cigarettes tous les jours. Les fumeurs occasionnels sont les personnes qui ont déclaré fumer des cigarettes à l'occasion. Ce groupe inclut les anciens fumeurs quotidiens qui, maintenant, fument à l'occasion.

Comparaison entre l'Ontario et le reste du pays

En 2009-2012, 19 pour cent des Ontariens âgés de 12 ans et plus ont déclaré fumer tous les jours ou à l'occasion (14 pour cent affirmant fumer tous les jours et 5 pour cent déclarant fumer à l'occasion). Un indicateur de l'OCDE pour l'usage du tabac inclut seulement les fumeurs quotidiens âgés de 15 ans et plus et, ainsi, n'est pas directement comparable aux taux déclarés ici pour l'Ontario. Cependant, le taux canadien pour 2010 utilisant cette définition de l'OCDE était de 16 pour cent et se rapproche favorablement du taux médian de l'OCDE de 19 pour cent pour les pays qui présentent des rapports sur cet indicateur (n=17). Les taux dans l'ensemble des pays de l'OCDE oscillaient entre 14 et 26 pour cent¹⁶.

En ce qui concerne les tendances dans le temps, les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes pour les années 2000 et 2010 montrent que les taux de tabagisme ont chuté dans l'ensemble du Canada bien que, dans certaines régions, les taux n'aient pas été statistiquement significatifs. La diminution globale a été de 5 pour cent (passant de 26 pour cent à 21 pour cent). Les territoires nordiques ont actuellement les plus forts taux de tabagisme¹⁷.

Pour de nombreuses mesures, la Colombie-Britannique est la province canadienne qui se porte le mieux sur le plan de la santé. En comparaison des Ontariens, les résidents de Colombie-Britannique fument moins, sont plus actifs, boivent moins d'alcool et ont moins de stress¹⁸. Nous devons continuer à miser sur nos réussites dans la réduction du tabagisme pour aider les Ontariens à vivre une vie plus saine plus longtemps.

Les améliorations possibles

Je suis encouragée par l'inclusion de deux indicateurs liés à l'usage du tabac dans les ententes de responsabilisations prises entre le ministère et les conseils de santé ou les bureaux de santé publique: le pourcentage de jeunes (de 12 à 18 ans) qui n'ont jamais fumé une cigarette tout entière et le pourcentage de tabagies se conformant à la législation sur l'accès des jeunes au tabac au moment de la dernière inspection. En vertu de ces ententes, le rendement des conseils de santé à l'égard de ces indicateurs fait l'objet d'une surveillance.

Bien que nous ayons fait des progrès considérables dans la réduction de l'usage du tabac et dans la sensibilisation du public aux dangers du tabagisme, il reste encore beaucoup à faire. Les données qui précèdent démontrent que les Ontariens ayant un statut socioéconomique moins élevé et les personnes appartenant au groupe des Premières Nations, des Inuits et des Métis sont plus portés à fumer. Si le gouvernement peut se féliciter de prendre des mesures dynamiques pour réduire l'usage du tabac, je continue à encourager la prise de mesures encore plus énergiques pour réduire le nombre de nouveaux fumeurs et aider un plus grand nombre de personnes à cesser de fumer. J'encourage également le gouvernement à envisager des mesures vigoureuses qui cibleront des sous-groupes démographiques particuliers, notamment les Ontariens défavorisés, qui affichent les plus forts taux de tabagisme.



Définition

Cet indicateur permet d'évaluer le nombre de jeunes de 12 à 17 ans qui ont déclaré une taille et un poids considérés comme un surpoids ou de l'obésité selon l'IMC en fonction de l'âge de l'OMS; il sert aussi à évaluer le nombre d'adultes de 18 ans et plus qui ont déclaré une taille et un poids considérés comme un surpoids ou de l'obésité selon les directives de l'OMS ou de Santé Canada.

6. Surpoids et obésité

Pourquoi cet indicateur est important et ce qu'il mesure

Le surpoids et l'obésité sont des facteurs de risque modifiables associés aux maladies chroniques et au cancer. Le surpoids et l'obésité se répercutent de façon négative sur la qualité de la vie. Depuis quelques années, le surpoids et l'obésité, surtout chez les enfants, suscitent de plus en plus d'inquiétudes. Certes, la problématique est grande et les causes sous-jacentes sont complexes, mais un poids santé est un élément important d'une vie saine.

Les personnes qui maintiennent un poids santé se portent mieux, sont moins susceptibles de développer des maladies chroniques et ont une meilleure qualité de vie. En revanche, un poids malsain est un grave danger pour la santé et le bien-être, qu'il s'agisse d'un poids insuffisant ou bien de surpoids ou d'obésité¹⁹.

Il est de plus en plus admis que l'obésité infantile peut accroître le risque de maladies chroniques, notamment le diabète, le cancer et les maladies du cœur, plus tard dans la vie. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le surpoids constitue l'un des plus grands défis pour la santé et l'un des plus importants facteurs de risque liés aux maladies chroniques au XXI^e siècle (OMS, 2002)²⁰.

Le surpoids et l'obésité augmentent au Canada. Au nombre des causes sous-jacentes figurent les modes de vie malsains, la mauvaise nutrition et l'inactivité physique, ainsi que notre environnement propice à l'obésité. Comme l'affirmait l'ancien médecin-hygiéniste en chef de l'Ontario dans son rapport de 2004, intitulé *Poids santé, vie saine*: «Alors qu'ils se voient offrir un choix plus vaste d'aliments, des aliments davantage transformés et des portions plus grosses, les Ontariens éliminent peu à peu tout effort physique de leurs vies, en le remplaçant par l'utilisation de télécommandes, d'ordinateurs et de jeux vidéo.»

En juillet 2011, le médecin-hygiéniste en chef de l'Alberta a diffusé le rapport intitulé *You Are What You Eat; Preventing the Marketing of Unhealthy Foods and Beverages to Children*²¹. Le rapport fait observer que le marketing des aliments à forte teneur en gras, en sel et en sucre cible

agressivement les enfants et, par surcroît, peut ajouter des messages destinés à les convaincre que ces aliments sont bons pour la santé. Ce rapport évoque également l'utilisation de personnages de bandes dessinées, de célébrités et d'athlètes sur les emballages alimentaires dans le but de les rendre attrayants aux enfants. Certaines régions du Canada et d'autres parties du globe ont pris des mesures plus vigoureuses. Le Québec a banni (des programmes en langue française) toute publicité ciblant les enfants, notamment pour les aliments et les boissons.

Mesures prises pour lutter contre le surpoids et l'obésité en Ontario

Un certain nombre de mesures ont été prises pour prévenir ou réduire le surpoids et l'obésité en Ontario. Par exemple: l'intégration de l'activité physique quotidienne dans les écoles; l'intégration d'un contenu touchant les modes de vie sains et la promotion de la santé dans les programmes scolaires; d'autres mesures prises à l'échelon provincial pour encourager les jeunes à maintenir un poids santé et à adopter des comportements sains; des mesures pour renforcer la diffusion de messages de promotion de la santé auprès des adultes par l'entremise des services de santé publique et des soins primaires; enfin, le lancement de Saine alimentation Ontario, qui offre aux résidents de l'Ontario l'accès gratuit aux conseils de diététistes professionnels pour les aider à bien choisir leurs aliments.

Les bureaux de santé publique ont également adopté un rôle dans la promotion de milieux bâtis qui favorisent la santé. De nombreux bureaux de santé publique travaillent directement avec les municipalités pour planifier et créer des milieux bâtis qui permettent une activité physique sécuritaire et l'accès à des aliments sains. Ce domaine d'intervention est important.

Récemment, à l'échelon provincial, le Plan d'action en matière de soins de santé a fixé des cibles rigoureuses à l'égard de l'obésité infantile en Ontario, que l'on entend réduire de 20 pour cent en cinq ans. Le comité d'experts qui a été mis en place et chargé de recommander des moyens d'y parvenir s'apprête à présenter son rapport au gouvernement.

Les données de l'Ontario

L'analyse fournie dans le présent rapport s'appuie sur le système de classification par l'indice de masse corporelle (IMC) en fonction de l'âge de l'OMS pour le surpoids et l'obésité. Jusqu'à présent, les taux étaient calculés selon la méthode de l'International Obesity Task Force (IOTF) (également appelé «système Cole»). Bien que les paramètres de l'IOTF aient été employés en Ontario et au Canada, des révisions récentes ont révélé que l'IOTF sous-estime le surpoids et l'obésité au sein de la population, et les organismes professionnels nationaux recommandent à présent d'utiliser l'IMC en fonction de l'âge de l'OMS²².

En 2009-2010, 27 pour cent des jeunes de 12 à 17 ans, en Ontario, ont déclaré un IMC considéré comme un surpoids ou de l'obésité selon les fiches de croissance avec IMC en fonction de l'âge de l'OMS. Parmi ces jeunes, 19 pour cent sont considérés comme ayant un surpoids et 8 pour cent, comme étant obèses. Étant donné que cet indicateur s'appuie sur des données autodéclarées, les données peuvent dans une certaine mesure sous-estimer le pourcentage d'Ontariens et d'Ontariennes qui sont en surpoids ou obèses. Les jeunes garçons sont plus portés à déclarer un IMC qui est considéré comme un surpoids ou de l'obésité (33 pour cent) que les jeunes filles

(20 pour cent). Les hommes adultes sont plus susceptibles de signaler un IMC considéré comme un surpoids ou de l'obésité (60 pour cent) que les femmes adultes (44 pour cent).

En 2009-2010, 52 pour cent des adultes ontariens âgés de 18 ans et plus ont signalé un IMC considéré comme un surpoids ou de l'obésité (51 pour cent des adultes de moins de 65 ans et 59 pour cent des personnes âgées ayant atteint 65 ans ou plus). Parmi les adultes de moins de 65 ans, 33 pour cent sont considérés comme étant en surpoids et 18 pour cent, comme étant obèses, tandis que les personnes âgées sont 39 pour cent à être considérées comme étant en surpoids et 20 pour cent, comme étant obèses.

Bien qu'il puisse y avoir une controverse empêchant de déterminer si le désavantage matériel cause un surpoids ou l'obésité, il faut savoir que 37 pour cent des jeunes habitant dans les quartiers du groupe socioéconomique le plus défavorisé ont signalé un IMC considéré comme un surpoids ou de l'obésité, contre 18 pour cent de ceux résidant dans les quartiers du groupe socioéconomique le plus privilégié. Les adultes âgés de 25 ans et plus qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires ou qui ont fait des études secondaires ou commencé des études postsecondaires étaient plus nombreux à déclarer un IMC considéré comme un surpoids ou de l'obésité (62 pour cent et 58 pour cent respectivement) que ceux qui ont un diplôme d'études postsecondaires (53 pour cent). Les adultes habitant en milieu urbain étaient moins portés à déclarer un IMC considéré comme un surpoids ou de l'obésité (51 pour cent) que ceux habitant en milieu rural (59 pour cent). Cependant, cette relation n'a pas été établie chez les jeunes.

Enfin, les adultes qui ont déclaré appartenir au groupe des Premières Nations, des Inuits et des Métis résidant hors réserve étaient plus portés à déclarer un IMC considéré comme un surpoids ou de l'obésité (62 pour cent) que ceux qui n'ont pas déclaré leur appartenance à ce groupe (52 pour cent). Il n'y avait pas de différences significatives entre les jeunes qui ont déclaré appartenir au groupe des Premières Nations, des Inuits et des Métis et ceux qui n'ont pas déclaré leur appartenance à ce groupe.

Comparaison entre l'Ontario et le reste du pays

Environ le quart des adultes canadiens souffre d'obésité, selon les données sur la taille et le poids mesurés tirées de l'ESCC de 2008 (25 pour cent) et de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009 (24 pour cent). La prévalence de l'obésité est plus faible lorsqu'on s'appuie sur les données autodéclarées tirées de l'ESCC de 2007-2008 (17 pour cent). Lorsque l'obésité est ajoutée au surpoids, sa prévalence en 2008 était de 62 pour cent lorsqu'on se basait sur des données mesurées, et de 51 pour cent lorsqu'on s'appuyait sur des données autodéclarées. Les données autodéclarées sont plus faciles et moins coûteuses à recueillir dans des enquêtes menées auprès de la population, mais elles sous-estiment généralement la prévalence de l'obésité comparativement aux données mesurées. Dans une étude, il a été suggéré que le biais associé aux données autodéclarées avait augmenté depuis le début des années 1990. Toutefois, les données mesurées et autodéclarées indiquent que la prévalence de l'obésité chez l'adulte au Canada a augmenté au cours des dernières décennies²³.

La dernière Enquête canadienne sur les mesures de la santé présente la répartition de la population à domicile de 5 à 17 ans, selon l'indice de masse corporelle fondé sur des mesures directes (et non sur des données autodéclarées). Pour la période de 2009 à 2011, environ 20 pour cent des

Canadiens âgés de 5 à 17 ans étaient considérés comme ayant un surpoids et environ 12 pour cent étaient considérés comme obèses²⁴.

L'OCDE déclare la proportion de personnes jugées en surpoids ou obèses dès lors que l'IMC est supérieur à 25, d'après la taille et le poids autodéclarés. En 2010, la proportion de Canadiennes âgées de 18 ans et plus qui étaient en surpoids ou obèses atteignait 42 pour cent, non loin de la médiane de l'OCDE; à cet égard, les pays de l'OCDE publiant leurs données pour cet indicateur affichaient un taux oscillant entre 16 et 56 pour cent. La proportion de Canadiens de 18 ans et plus qui étaient jugés en surpoids ou obèses était de 59 pour cent, taux supérieur à celui relevé pour les Canadiennes et à la médiane de 54 pour cent enregistrée au sein de l'OCDE. Les taux au sein de l'OCDE oscillaient entre 29 et 70 pour cent²⁵.

Les améliorations possibles

Nous devons continuer à renforcer les messages sur l'importance d'une vie saine. Cependant, sensibiliser la population ontarienne à cela ne suffit pas. Un peu comme dans la lutte antitabac, nous devons déployer des approches pluridisciplinaires et multisectorielles axées sur la collaboration et faire intervenir tous les paliers du gouvernement pour enrayer l'épidémie d'obésité. Ces efforts devront également être coordonnés et soutenus.

Je suis encouragée par les engagements pris dans le Plan d'action en matière de santé pour réduire l'obésité infantile et j'attends avec impatience le rapport du comité d'experts qui a été appelé à formuler des recommandations sur cette question.

Définition

Cet indicateur mesure le nombre de décès attribuables à des causes évitables chez les personnes de moins de 75 ans en Ontario.



7. Décès évitables

Pourquoi cet indicateur est important et ce qu'il mesure

Cet indicateur mesure le nombre de décès attribuables à des causes particulières. L'un des thèmes clés de ce rapport est l'importance de l'étude des facteurs de risque modifiables associés aux maladies et aux décès.

Il est clair qu'en Ontario, certaines personnes ont plus de difficulté que d'autres à maintenir une santé optimale, particulièrement les personnes plus défavorisées. Cet indicateur a été choisi parce qu'il donne une illustration frappante des répercussions concrètes de la maladie et des blessures sur la population ontarienne, notamment la réduction de l'espérance de vie. Il mesure également l'effet disproportionné que subissent certains Ontariens et Ontariennes, par exemple ceux des quartiers à faible revenu.

Certains rapports clés publiés récemment en Ontario, tels ceux intitulés *Seven More Years: The impact of smoking, alcohol, diet, physical activity and stress on health and life expectancy in Ontario* et *Opening Eyes, Opening Minds: The Ontario Burden of Mental Illness and Addictions Report*²⁶, abordent la question des décès évitables attribuables à des causes particulières. Je fonde l'espoir qu'en renforçant les messages véhiculés dans ce rapport et dans d'autres, et qu'en prenant part au dialogue, je pourrai catalyser la prise d'autres mesures pour les secteurs d'intérêt prioritaires que j'ai mis en lumière dans le présent rapport: la primauté du développement sain de l'enfant; le besoin urgent de prévenir les maladies chroniques et les blessures; l'importance cruciale de renforcer les mesures de prévention établies en santé publique pour alléger le fardeau des maladies infectieuses qui pèse sur les Ontariens et les Ontariennes; et, enfin, le poids accablant des maladies mentales et des dépendances.

Mesures prises pour lutter contre les décès évitables

Les mesures visant à diminuer le nombre de décès évitables sont abordées tout au long de ce rapport; cependant, je tiens à souligner l'importance capitale des interventions déployées en santé publique pour protéger la population ontarienne et l'aider à vivre plus longtemps et en meilleure santé. L'Association canadienne de santé publique note que l'espérance de vie moyenne des Canadiens s'est accrue de plus de 30 ans depuis le début des années 1900, et 25 de ces années sont attribuables aux progrès de la santé publique. Plusieurs projets ont été menés à bien en santé publique et chacun d'eux a eu des retombées favorables sur la santé des Ontariens et contribué à cet important changement²⁷. Ces réalisations sont notamment : le contrôle des maladies infectieuses; l'intervention visant les déterminants sociaux de la santé; les mesures pour créer des environnements plus sains; la reconnaissance du tabagisme et les démarches faites pour lutter contre le risque qu'il représente pour la santé; la contribution à la sécurité des véhicules automobiles; la promotion et la prestation de services de planification des naissances; la contribution à des aliments plus salubres, notamment par la pasteurisation; la baisse du nombre de décès attribuables à la coronaropathie et aux accidents vasculaires cérébraux; la création de lieux de travail plus sains; l'amélioration de la santé des mères et des bébés; le rôle tenu dans la promotion et la création de politiques et programmes visant à protéger la santé du public.

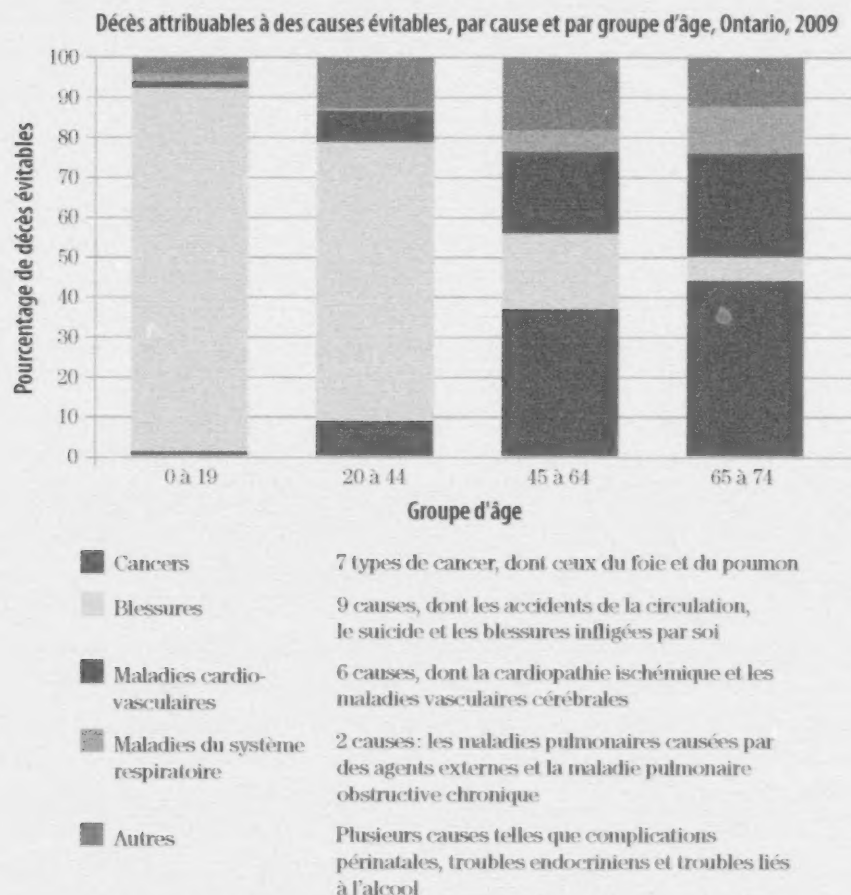
Les données de l'Ontario

En 2009, il y a eu plus de 15 000 décès découlant de causes évitables en Ontario; les taux corrigés selon l'âge de décès attribuables à des causes évitables ont diminué de plus de 15 pour cent au cours de la dernière décennie. Les taux de décès attribuables à des causes évitables sont deux fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes, ceci s'expliquant en grande partie par des taux plus élevés de décès découlant de blessures et de maladies cardiovasculaires. Les principales causes de décès évitables différaient selon le groupe d'âge. Par exemple, les blessures étaient plus fréquentes dans les groupes d'âge plus jeunes tandis que le cancer et les maladies cardiovasculaires étaient plus fréquents dans les groupes d'âge plus avancés. Les décès évitables attribuables au cancer et aux maladies cardiovasculaires ont diminué considérablement, tandis que les décès découlant de blessures et de maladies respiratoires sont restés stables au cours de la dernière décennie.

Les secteurs géographiques ayant les plus hauts taux de privation matérielle des quartiers avaient des taux plus élevés de décès attribuables à des causes évitables (163 pour cent mille habitants) que les régions ayant les plus faibles taux de privation matérielle des quartiers (78 pour cent mille habitants).

D'autres mesures du statut socioéconomique montraient une corrélation similaire avec les taux de décès attribuables à des causes évitables. Plus le niveau de revenu moyen des quartiers était faible et la dépendance ou l'instabilité résidentielle (comme l'itinérance) élevée, plus le taux de décès attribuables à des causes évitables était élevé.

Ce graphique illustre les décès attribuables à des causes évitables, par cause et par groupe d'âge, en Ontario, pour 2009. Il dresse un tableau convaincant des décès évitables dans le cycle de vie des Ontariens, ainsi que leurs disparités selon l'âge.



Source : Données de l'Ontario sur les décès (année observée : 2009), ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, savoirSANTÉ ONTARIO, extraites le 5 septembre 2012.

Les améliorations possibles

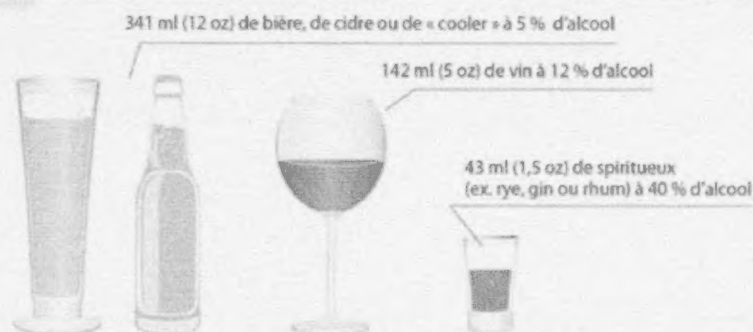
Dans le présent rapport, j'ai évoqué un certain nombre de mesures prises pour améliorer l'état de santé des Ontariens et des Ontariennes, dont bon nombre concernent directement ou indirectement les décès évitables.

Il nous reste encore beaucoup à faire pour mieux sensibiliser le public à la capacité que nous avons de modifier des parcours de vie malsains en adoptant des comportements sains; cependant, les Ontariens et les Ontariennes qui sont plus défavorisés portent un fardeau disproportionné de maladies et de décès prématurés. Des efforts soutenus sont nécessaires à l'échelle du gouvernement pour alléger le fardeau de la maladie et des décès prématurés attribuables à l'éventail complet de causes abordées dans ce rapport, notamment les mesures qui reconnaissent et lèvent immédiatement le poids démesuré qui pèse sur certains groupes.

Définition

Cet indicateur détermine le nombre de personnes de 19 ans et plus qui suivent les *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada*, c.-à-d. dont le débit d'alcool ne dépasse pas les Directives.

Dans ces directives, un « verre » correspond à



© Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2012. Produit au nom du Comité consultatif sur la Stratégie nationale sur l'alcool. Les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada sont reproduites avec la permission du Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies.

8. Observation des *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada*

Pourquoi cet indicateur est important et ce qu'il mesure

La consommation d'alcool est un important facteur de risque modifiable associé aux maladies, aux blessures et aux décès prématurés. Cependant, c'est un psychotrope licite qui jouit d'une immense popularité et d'une importance sociale et culturelle particulière, d'où la difficulté à en parler comme d'une substance délicate et potentiellement dangereuse. Il reste encore beaucoup à faire pour informer le public des dangers associés à la consommation d'alcool et pour dénormaliser son utilisation excessive.

En 2002, les répercussions économiques des méfaits de l'alcool au Canada ont été évaluées à 14,6 milliards de dollars par an. Ce chiffre comprenait :

- 7,1 milliards de dollars en pertes de productivité attribuables à la maladie et au décès prématuré;
- 3,3 milliards de dollars en dépenses de santé directes;
- 3,1 milliards de dollars en coûts d'application de la loi²⁸.

Dans ma réflexion sur l'indicateur de bonne santé mentale autodéclarée, plus loin dans le présent document, je ferai remarquer que le rapport *Opening Eyes, Opening Minds*, publié récemment par Santé publique Ontario et l'Institut de recherche en services de santé (IRSS), révélait que les troubles liés à la consommation d'alcool contribuaient à 88 pour cent du nombre total de décès

imputables à la maladie mentale et à 91 pour cent des années de vie perdues par suite de décès précoce attribuable aux problèmes de santé mentale visés dans ce rapport.

L'abus d'alcool est le type de dépendance le plus répandu en Ontario et le mésusage d'alcool a été lié à un certain nombre de résultats défavorables, notamment des blessures et des maladies. L'usage excessif d'alcool a été fortement associé aux maladies cardiaques et aux accidents vasculaires cérébraux, ainsi qu'à un risque accru de diabète de type 2. Certains cancers sont également associés à l'usage d'alcool, y compris les cancers de l'œsophage, du larynx, du côlon et du foie. De plus, le risque accru de cancer constaté chez nombre de grands consommateurs d'alcool est souvent exacerbé par une proche association entre l'usage d'alcool et l'usage du tabac.

Le rapport *Opening Eyes, Opening Minds* nous rappelle également que, contrairement à d'autres affections, le fardeau associé à un usage excessif d'alcool comprend un nombre important de décès prématurés. Ceci peut inclure les décès liés à des accidents de véhicules automobiles et les autres décès causés par l'intoxication à l'alcool. De surcroît, le fardeau que font peser les décès prématurés et les blessures attribuables à la consommation occasionnelle excessive d'alcool peut être porté dans une mesure disproportionnée par des sujets jeunes, de sexe masculin particulièrement.

Les nouvelles *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada* ont été diffusées dans le cadre de la Stratégie nationale sur l'alcool et ont été acceptées par les ministres de la Santé du Canada, des provinces et des territoires. Les Directives visent à fournir des renseignements cohérents et fondés sur des données probantes pour aider les Canadiens à boire modérément et à réduire les méfaits immédiats et à long terme liés à la consommation d'alcool. Le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies estime que si tous les Canadiens qui consomment de l'alcool respectaient ces directives, le nombre de décès liés à l'alcool s'en trouverait réduit d'environ 4 600 par an.

Mesures prises pour lutter contre l'usage d'alcool en Ontario

Les mesures prises par le gouvernement pour réduire l'usage d'alcool comportaient divers volets, notamment: la restriction de l'accès à l'alcool et l'imposition d'un âge légal minimum pour le droit d'en acheter; la mise en place de contrôles publicitaires; un éventail de mesures de promotion de la santé, de réduction des méfaits et de traitement.

Il existe aussi tout un assortiment de programmes et de services qui visent à accroître la sensibilisation du public aux dangers du mésusage de substances et à promouvoir des politiques publiques favorables à la santé pour réduire ces risques. Ceux-ci consistent notamment à promouvoir les *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada*; à promouvoir la conduite responsable, y compris la détermination à ne pas conduire sous l'influence de l'alcool; à informer les femmes qui se savent enceintes ou qui planifient une grossesse des effets néfastes de l'alcool sur l'enfant qu'elles attendent.

Les données de l'Ontario

En 2009-2010, 59 pour cent des résidents de l'Ontario âgés de 19 ans et plus ont dit avoir consommé de l'alcool sans transgresser les *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada* concernant la consommation quotidienne et hebdomadaire, et les occasions spéciales (directives 1 et 2). Selon une analyse plus détaillée, 5 pour cent des résidents de l'Ontario ont déclaré une consommation d'alcool ne transgressant que la directive sur le risque de maladie chronique; 19 pour cent une consommation d'alcool ne transgressant que la directive sur le risque de blessures; 17 pour cent, une consommation d'alcool transgressant ces deux directives. Les femmes ont déclaré une meilleure observation des *Directives de consommation d'alcool à faible risque* (70 pour cent) que les hommes (48 pour cent). Les répondants des groupes d'âge plus avancés ont déclaré une meilleure observation des *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada*, les personnes âgées de 65 ans et plus déclarant un taux d'observation de 79 pour cent tandis que les 19 à 34 ans déclaraient un taux d'observation de 41 pour cent.

Les personnes résidant dans les quartiers du groupe socioéconomique le plus défavorisé ont signalé une meilleure observation des *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada* (63 pour cent) que celles résidant dans les quartiers du groupe socioéconomique le moins défavorisé (54 pour cent) selon la privation matérielle des quartiers. Lorsqu'on compare le quintile le plus bas et le quintile le plus haut du revenu moyen des ménages et du quartier, les résultats suivent une courbe similaire. Les adultes âgés de 25 ans et plus qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires ont signalé un plus haut taux d'observation des *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada* (78 pour cent) que celles ayant un diplôme d'études postsecondaires (73 pour cent).

Ces résultats semblent correspondre, aux États-Unis, à ceux des Centers for Disease Control and Prevention, qui ont constaté que dans leur pays, la consommation occasionnelle excessive d'alcool est plus fréquente chez les personnes dont le revenu du ménage est de 75 000 \$ ou plus (mais le plus grand nombre de consommations prises par occasion est considérablement plus élevé parmi les consommateurs occasionnels excessifs dont le revenu du ménage est moins élevé)²⁹.

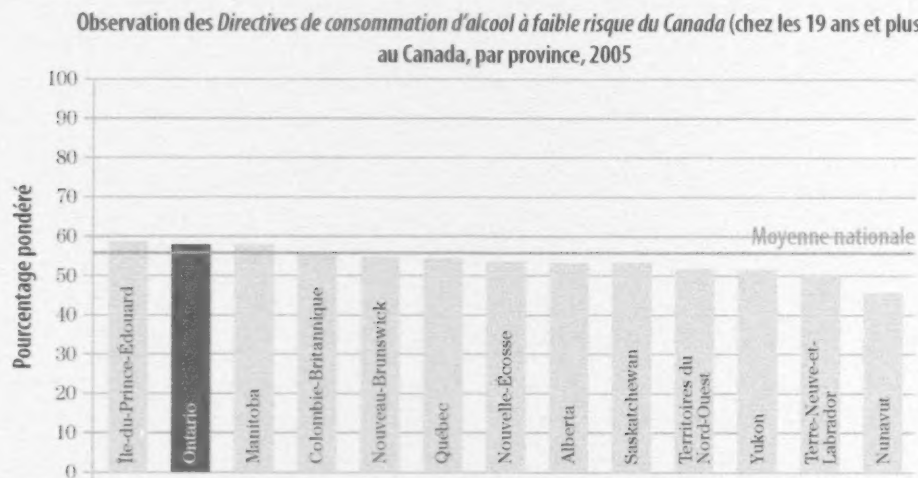
En Ontario, les personnes qui ont déclaré appartenir au groupe des Premières Nations, des Inuits et des Métis résidant hors réserve ont signalé une moins bonne observation des *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada* (47 pour cent) que celles qui n'ont pas déclaré leur appartenance à ce groupe (59 pour cent).

En termes de tendances dans le temps en Ontario, le taux d'observation chez les deux sexes réunis était de 58 pour cent en 2003 et de 59 pour cent en 2009-2010.

Comparaison entre l'Ontario et le reste du pays

En 2005, 58 pour cent des Ontariens se sont conformés aux points 1 et 2 des *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada*, ce qui était légèrement supérieur à la moyenne nationale. Le Nunavut a rapporté le plus faible taux d'observation, l'Île-du-Prince-Édouard déclarant le taux le plus élevé.

Le graphique ci-dessous montre qu'en 2005, l'Ontario ne s'éloignait pas de la moyenne nationale de manière significative.



Source: Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005, Statistique Canada, fichier de partage Canada, publié par le MSSLD de l'Ontario.

Il n'existe pas d'indicateur directement comparable pour l'OCDE.

Les améliorations possibles

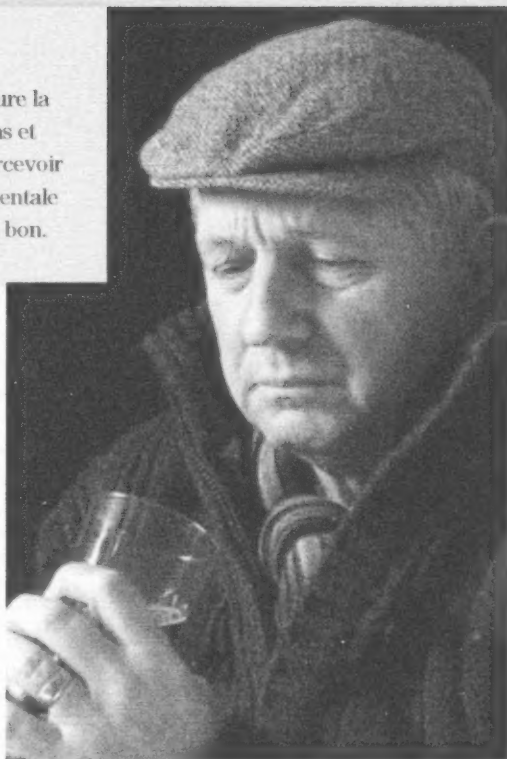
Je suis très encouragée de voir qu'un indicateur lié à ces directives a également été intégré dans les ententes de responsabilisation prises avec les conseils de santé: le pourcentage de la population (19 ans et plus) dépassant les *Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada*. Aux termes de leur entente, les conseils de santé sont tenus de publier des données sur cet indicateur et les travaux de la santé publique dans ce domaine font l'objet d'une surveillance.

Sans égard à ce qui précède, il y a beaucoup à faire pour dénormaliser la consommation excessive d'alcool et sensibiliser le public aux risques. Je souhaite que s'amorce un dialogue plus approfondi, que s'inscrive dans la politique du gouvernement une reconnaissance de l'enjeu significatif inhérent à la consommation excessive d'alcool et que des engagements audacieux soient pris pour réduire les méfaits associés à celle-ci. D'autre part, des efforts supplémentaires s'imposent pour accroître la sensibilisation du public aux répercussions sur la santé et aux conséquences économiques du mésusage d'alcool en Ontario.

Comme pour le tabac, il nous faut une stratégie globale de lutte contre l'alcool en Ontario. Un certain nombre de mesures de lutte contre la consommation d'alcool ont été prises et ont produit des résultats positifs; cependant, de nombreuses initiatives sont fragmentées et ne sont pas suffisamment coordonnées pour éliminer les méfaits associés au mésusage d'alcool en Ontario.

Définition

Cet indicateur mesure la population de 12 ans et plus qui déclare percevoir son état de santé mentale comme bon ou très bon.



9. Bonne santé mentale autodéclarée

Pourquoi cet indicateur est important et ce qu'il mesure

Il y a une conscientisation croissante de l'importance de la santé mentale pour la santé globale. Et c'est une bonne nouvelle. Pendant de nombreuses années, la santé mentale et les personnes vivant avec une maladie mentale ont été reléguées à l'arrière-plan dans le dialogue entourant la politique en matière de santé et la prestation des soins.

En revanche, ces dernières années, différentes initiatives ont été prises au Canada aux échelons fédéral, provincial et territorial pour porter la santé mentale au premier plan, dissiper les préjugés et mieux sensibiliser le public aux maladies mentales.

En octobre 2012, Santé publique Ontario et l'Institute for Clinical Evaluative Studies (ICES) ont diffusé le rapport *Opening Eyes, Opening Minds: The Ontario Burden of Mental Illness and Addictions Report*. Il s'agit du troisième d'une série de rapports qui abordent le fardeau de diverses maladies en Ontario.

Opening Eyes, Opening Minds révèle ceci : «La plupart des Ontariennes et Ontariens sont touchés, directement ou indirectement, par les questions de santé mentale et de toxicomanie... Survenant souvent à un jeune âge, ces problèmes peuvent durer pendant toute la vie et présenter des incidences considérables sur les liens sociaux, les objectifs éducatifs et la participation au marché du travail. Les répercussions de la maladie mentale et de la toxicomanie sur l'espérance de vie, la qualité de vie et l'utilisation des soins de santé sont lourdes et, dans bien des cas, davantage que celles d'autres troubles médicaux. Pourtant, il arrive souvent qu'on ne le reconnaisse pas assez. La santé mentale forme une dimension cruciale de la santé générale. L'évaluation du fardeau que représentent la maladie mentale et la toxicomanie constitue une étape importante si nous voulons pouvoir comprendre les besoins des personnes qui en souffrent et y répondre.»

Ce rapport constate ceci :

- Le fardeau de la maladie mentale et des dépendances en Ontario équivaut à plus d'une fois et demie celui de tous les types de cancer et à plus de sept fois celui de l'ensemble des maladies infectieuses. Les neuf affections définies dans le rapport (dépression majeure, trouble bipolaire, troubles liés à l'usage d'alcool, phobie sociale, schizophrénie, trouble panique, agoraphobie, troubles liés à l'usage de cocaïne et mésusage d'opioïdes sur ordonnance) ont contribué à la perte de plus de 600 000 années de vie perdues ajustées sur la santé, qui combine les années de vie avec des fonctions diminuées et les années perdues en raison d'un décès précoce en Ontario.
- Cinq affections ont la plus profonde incidence sur la vie et la santé des Ontariens : la dépression, le trouble bipolaire, les troubles liés à l'usage d'alcool, la phobie sociale et la schizophrénie.
- La dépression est l'affection la plus accablante, ses effets pesant deux fois plus lourd que ceux du trouble bipolaire, deuxième pour les répercussions qu'il entraîne. Le fardeau de la dépression est à lui seul plus lourd que celui du cancer du poumon, du cancer colorectal, du cancer du sein et du cancer de la prostate réunis. En termes de décès, les troubles liés à l'usage d'alcool ont contribué à 88 pour cent du nombre total de décès attribués à ces affections et à 91 pour cent des années de vie perdues en raison d'un décès précoce.

Mesures prises pour favoriser la santé mentale en Ontario

Différentes mesures ont été prises pour lutter contre la maladie mentale et les dépendances en Ontario d'une manière plus globale et systémique que par le passé. En juin 2011, le gouvernement a lancé la Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances, qui porte une attention particulière au soutien nécessaire aux enfants et aux familles. Cette stratégie vise à offrir des services et des mesures de soutien plus nombreux et plus opportuns aux enfants et aux familles, à accroître la sensibilisation et le soutien aux questions de santé mentale en dissipant les préjugés et la discrimination, et à mettre en œuvre davantage de moyens pour aider à définir les problèmes et à fournir les services plus tôt. Grâce à elle, un plus grand nombre de travailleurs en santé mentale ont été déployés dans les collectivités et les écoles, les services aux enfants et aux jeunes souffrant de troubles alimentaires ont été élargis et de plus nombreux services de télépsychiatrie sont offerts aux enfants des collectivités rurales, éloignées et insuffisamment desservies.

Les données de l'Ontario

La bonne santé mentale autodéclarée est une mesure utile de la santé mentale de la population et – bonne nouvelle – de nombreux Ontariens ont déclaré percevoir leur santé mentale comme étant bonne. Cependant, comme l'illustre le récent rapport de Santé publique Ontario et d'ICES, un grand nombre d'Ontariens portent un fardeau important attribuable à la maladie mentale, aux dépendances ou à ces deux catégories d'affections.

En 2009-2010, 74 pour cent des résidents de l'Ontario ont déclaré leur santé mentale perçue comme très bonne ou excellente, taux semblable à celui observé dans l'ensemble du Canada. Cependant, une plus faible proportion de personnes appartenant aux groupes d'âge plus avancés

ont déclaré une bonne santé mentale, 72 pour cent des personnes âgées de 65 ans et plus ayant déclaré une bonne santé mentale alors que, chez les 12 à 17 ans, ce taux a été de 76 pour cent.

Les adultes de 25 ans et plus sans diplôme d'études secondaires ont déclaré une moins bonne santé mentale (62 pour cent) que ceux qui en ont un ou qui ont commencé des études postsecondaires (71 pour cent), ou que ceux qui sont titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires (77 pour cent). De plus, ceux qui résident dans les quartiers du groupe socioéconomique le plus défavorisé ont déclaré une moins bonne santé mentale (66 pour cent) que ceux résidant dans les quartiers du groupe socioéconomique le moins défavorisé (78 pour cent). Enfin, ceux qui ont déclaré appartenir au groupe des Premières Nations, des Inuits et des Métis résidant hors réserve ont déclaré une moins bonne santé mentale (62 pour cent) que ceux qui n'ont pas déclaré leur appartenance à ce groupe (75 pour cent).

Comparaison entre l'Ontario et le reste du pays

Comme indiqué précédemment, en 2009-2010, 74 pour cent des Ontariens ont déclaré une bonne santé mentale, un taux proche de la moyenne nationale. Les Territoires du Nord-Ouest ont déclaré le plus faible pourcentage, avec 66 pour cent, tandis que le Québec, avec 76 pour cent, a déclaré le plus haut pourcentage.

Les améliorations possibles

Dans le rapport spécial que j'ai rédigé à titre de médecin-hygiéniste en chef, *La santé buccodentaire – Bien plus qu'une question de caries*³⁰, j'ai déclaré que l'hygiène dentaire ne pouvait être dissociée de la santé globale d'une personne. Cela vaut pour la santé mentale aussi. Je souhaite que de nouvelles mesures soient prises pour dissiper les préjugés associés à la maladie mentale et aux dépendances, et que l'on comprenne mieux que la santé mentale et les dépendances doivent être reconnues et comprises comme des questions de santé d'une importance cruciale. Je souhaite également qu'un nouveau dialogue s'amorce sur le rôle que le secteur de la santé publique pourrait jouer dans la promotion et la protection de la santé mentale, la gestion du stress, la reconnaissance des facteurs de risque associés aux problèmes de santé mentale et le développement d'une résilience dans les collectivités.

Je suis encouragée de voir que la sensibilisation du public à la santé mentale et aux dépendances semble s'améliorer; cependant, nous ne sommes pas encore au bout de nos peines. Nous avons encore du travail à faire également pour alléger le fardeau disproportionné de la santé mentale et des dépendances chez les personnes défavorisées et les personnes âgées de l'Ontario.

Définition

Cet indicateur mesure les cas associés aux maladies infectieuses les plus accablantes en Ontario.



10. Le fardeau des maladies infectieuses

Pourquoi cet indicateur est important et ce qu'il mesure

Le secteur de la santé publique joue un rôle important dans la prévention et la lutte contre les maladies infectieuses. En Ontario, dans la période qui a suivi des événements importants tels que les décès liés à une maladie causée par l'eau potable à Walkerton et l'éclosion de SRAS, le gouvernement provincial a consacré des efforts considérables à renouveler la capacité du secteur de la santé publique de prévenir et de gérer les maladies infectieuses. On a d'ailleurs du mal à évaluer le fardeau de ces maladies sur la santé des Ontariens. Cet indicateur mesure les cas associés aux maladies infectieuses les plus accablantes définies dans l'étude sur le fardeau des maladies infectieuses en Ontario (ONBOIDS).

Mesures prises pour prévenir les maladies infectieuses en Ontario

Les principales réalisations comptent notamment : la création de Santé publique Ontario (l'agence ontarienne de protection et de promotion de la santé); la création des réseaux régionaux de contrôle des infections; le financement de l'augmentation des services de prévention et de contrôle des infections dans les bureaux de santé publique de l'Ontario; la création de la Direction de la gestion des situations d'urgence au sein du ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qui a un vaste mandat englobant la supervision des initiatives provinciales de planification des services de santé d'urgence et d'intervention dans les cas d'urgence, notamment ceux liés aux maladies infectieuses.

À l'échelon local, les bureaux de santé publique travaillent en étroite collaboration avec un vaste éventail de fournisseurs et d'organismes de soins de santé pour prévenir les maladies infectieuses et gérer les cas ou les épidémies qui se déclarent. Ce rôle exigeant, souvent mal compris ou reconnu, est pourtant crucial pour protéger la santé des Ontariens et des Ontariennes.

Les données de l'Ontario

L'étude de 2010 sur le fardeau des maladies infectieuses en Ontario a révélé ce qui suit :

- Chaque année, en Ontario, on dénombre plus de sept millions d'épisodes de maladies infectieuses et près de 4 900 décès attribuables à ces maladies.
- Les maladies infectieuses représentaient 82 881 années de vie perdues ajustées sur la santé, dont 68 213 pour cause de décès prématuré et 14 668 équivalents-années de fonctions diminuées : plus de 80 pour cent du fardeau de maladie associé à des maladies infectieuses est attribuable à un décès prématuré et non à la morbidité associée à des maladies.
- Les dix agents infectieux les plus accablants étaient : le virus de l'hépatite C (VHC); le *Streptococcus pneumoniae*; le virus du papillome humain (VPH); le virus de l'hépatite B (VHB); l'*Escherichia coli* (colibacille); le virus de l'immunodéficience humaine (VIH); le *Staphylococcus aureus* (staphylocoque doré); le virus de la grippe; le *Clostridium difficile*; le rhinovirus.
- Une vaste proportion du fardeau de la maladie pourrait être attribuée à un petit nombre de micro-organismes et de syndromes pour lesquels il existe déjà des interventions ciblées hautement efficaces (p. ex., les vaccins contre le pneumocoque, l'hépatite B et le VPH) et des interventions non spécifiques (p. ex., le lavage des mains, les condoms et les digues dentaires).
- La mortalité et la morbidité associées aux maladies pouvant être prévenues par l'immunisation durant l'enfance ont été dans une large mesure éradiquées grâce au succès des programmes d'immunisation infantile³¹.

Comparaison entre l'Ontario et le reste du pays

Les données de l'Ontario pour cet indicateur sont tirées du Système intégré d'information sur la santé publique et concernent particulièrement les maladies accablantes visées dans le rapport qui a fait suite à l'étude sur le fardeau des maladies infectieuses en Ontario. Il faudrait une analyse plus poussée pour examiner les données comparatives globales des autres provinces et des territoires pour la même période.

Bien qu'on n'y trouve pas de mesure globale pour les maladies infectieuses, un rapport de l'OCDE dénombre les cas de sida. En 2009, il y a eu 224 cas de sida déclarés au Canada, tandis que dans les pays de l'OCDE, le compte (n=32) oscillait entre 0 et 32 942, avec une médiane de 112 cas.

Les améliorations possibles

Comme je l'ai fait remarquer, l'Ontario a fait de grands pas vers le renouvellement de sa capacité de combattre les maladies infectieuses.

Cependant, il subsiste un fardeau considérable associé à des maladies infectieuses pour lesquelles des pratiques préventives sont déjà bien en place. Nous devons définir les meilleures pratiques en Ontario et ailleurs, et veiller à ce que celles-ci soient reprises dans l'ensemble de la province. Là où les solutions manquent ou ne sont pas aussi évidentes, nous devons encourager la recherche de nouvelles méthodes pour maîtriser la maladie. Ces méthodes pourraient comprendre la mise au point d'un nouveau vaccin ou de programmes novateurs de prévention et contrôle des maladies infectieuses.

Définition

Cet indicateur mesure le nombre de personnes âgées admises à l'hôpital à la suite d'une chute.



11. Hospitalisations liées aux chutes chez les personnes âgées

Pourquoi cet indicateur est important et ce qu'il mesure

Dans des rapports précédents, j'ai évoqué l'importance de la prévention des blessures.

Les personnes âgées de plus de 65 ans ont le plus fort taux de mortalité attribuable à des blessures. Chez les personnes âgées, les blessures découlant de chutes causent environ la moitié des décès attribuables à des blessures. Cependant, la plupart des chutes sont prévisibles et évitables.

En Ontario, les coûts annuels associés aux chutes chez les personnes âgées ont été évalués à 962 millions de dollars. Au cours de l'exercice 2009 :

- 50 pour cent des hospitalisations liées à des blessures étaient attribuables à des chutes;
- plus de 90 pour cent de l'ensemble des fractures de la hanche étaient attribuables à des chutes;
- ~55 personnes âgées pour mille ont visité le service des urgences en raison d'une chute;
- ~13 personnes âgées pour mille ont été hospitalisées en raison d'une chute³².

Mesures prises pour réduire les chutes chez les personnes âgées

Différents travaux sont en cours pour réduire le nombre de chutes chez les personnes âgées, par exemple: la prévention des blessures et les initiatives de sensibilisation offertes par des fournisseurs de soins à domicile et de soins de longue durée, les programmes de prévention des blessures et l'éducation offerte par la santé publique; la collaboration entre fournisseurs de soins de santé pour résoudre ce problème. En septembre 2010, le ministère a défini la prévention des chutes comme une haute priorité. Ceci a motivé le lancement du Projet provincial d'intégration des initiatives de prévention des chutes, dans le cadre des priorités du réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) et en partenariat avec la santé publique. La stratégie prévue vise

à améliorer la qualité de vie des personnes âgées (de 65 ans et plus) en Ontario et à alléger l'incidence des chutes sur le système de santé en réduisant leur nombre et leurs répercussions.

Les données de l'Ontario

En 2010, plus de 25 000 personnes âgées en Ontario ont été hospitalisées en raison de chutes et les femmes affichaient des taux d'hospitalisation attribuable à une chute supérieurs aux hommes.

En ce qui concerne les tendances dans le temps, les taux d'hospitalisation pour des chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus en Ontario ont diminué de plus de 12 pour cent au cours de la dernière décennie si l'on tient compte du vieillissement de la population, passant de 1 344 hospitalisations pour cent mille habitants à l'origine à 1 187 pour cent mille habitants au final. Cette diminution s'est produite principalement entre 2003 et 2007.

Comparaison entre l'Ontario et le reste du pays

Les chutes représentent plus de la moitié de l'ensemble des blessures chez les Canadiens de 65 ans et plus. Au Canada, le tiers des personnes âgées résidant dans la collectivité font une chute chaque année et la moitié d'entre elles font plus d'une chute. Le risque de mourir d'une blessure liée à une chute s'accroît avec l'âge. Chez les personnes âgées, 20 pour cent des décès liés à une blessure s'expliquent par une chute. Les chutes représentent 34 pour cent de l'ensemble des admissions à l'hôpital liées à une blessure et 85 pour cent des hospitalisations liées à une blessure chez les personnes âgées, ce qui fait d'elles à l'échelle nationale la première cause d'admission à l'hôpital liée à une blessure chez les personnes âgées³³.

Une étude nationale portant sur les données de 2008-2009 a révélé que le taux d'hospitalisation attribuable à des chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus, en Ontario, était le deuxième plus faible au pays et bien inférieur à la moyenne pour le Canada³⁴.

Les améliorations possibles

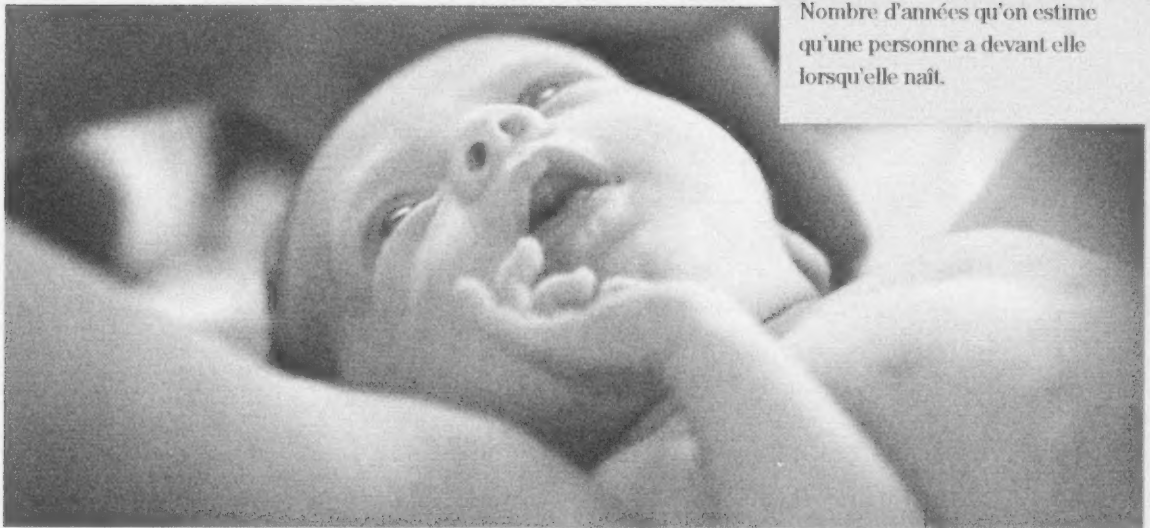
Je suis encouragée de voir qu'un indicateur lié aux visites à l'urgence suivant une chute est également intégré dans les ententes de responsabilisation prises avec les conseils de santé : visites à l'urgence liées à une chute chez les adultes âgés de 65 ans et plus.

Je suis également encouragée par l'exemple de collaboration entre les bureaux de santé publique de l'Ontario et les RLSS qui s'inscrit dans le Cadre de gestion intégrée pour la prévention des chutes. Je surveillerai de près la progression de ces travaux pour déterminer s'ils peuvent aussi servir de modèle à une collaboration renouvelée entre la santé publique, les RLSS et l'ensemble du système de santé sur d'autres questions, dont certaines évoquées dans le présent rapport.

De plus, une attention accrue à des milieux bâtis sains et sécuritaires est importante dans la prévention des chutes. Certains bureaux de santé publique ont tenu un rôle directeur dans la collaboration avec les municipalités pour promouvoir et concevoir des milieux bâtis sains et sécuritaires et, comme je l'ai mentionné précédemment, je souhaite que ces mesures prennent de l'ampleur.

Définition

Nombre d'années qu'on estime qu'une personne a devant elle lorsqu'elle naît.



12. Espérance de vie à la naissance

Pourquoi cet indicateur est important et ce qu'il mesure

L'espérance de vie à la naissance est un indicateur de santé utilisé à vaste échelle. Elle est bien comprise en tant que mesure de l'état de santé global d'une population. Dans l'ensemble, le pronostic est bon pour l'Ontario et le Canada. L'espérance de vie à la naissance continue à augmenter pour la population en général et, dans l'ensemble, le Canada se porte généralement bien en comparaison des autres pays développés. Cela dit, cet indicateur est souvent cité pour illustrer les disparités au sein de différentes populations. Par exemple, Sir Michael Marmot, auteur de l'étude Whitehall et président du comité d'examen Marmot, cite souvent les différences d'espérance de vie des personnes de divers statuts socioéconomiques en Grande-Bretagne.

Statistique Canada a également examiné l'espérance de vie de différentes sous-populations au Canada et en vient à cette conclusion: «L'augmentation spectaculaire de l'espérance de vie au Canada et dans d'autres nations économiquement développées au cours du siècle dernier témoigne du succès des améliorations effectuées en santé publique et des progrès réalisés dans les soins de santé. Mais malgré ces gains en termes de longévité, des iniquités dans les résultats en matière de santé au sein de différentes sous-populations restent omniprésentes au Canada et dans d'autres pays industrialisés. Sans égard à la méthode employée pour définir et mesurer le statut socioéconomique (selon le revenu, l'instruction ou le prestige de l'emploi), les taux de mortalité montrent une hausse graduelle mais systématique à des échelons successivement plus bas de la hiérarchie socioéconomique.³⁵»

Mesures prises pour améliorer l'espérance de vie

Lorsque j'aborderai les données de l'Ontario, vous verrez que le tableau global est très bon. Comme dans beaucoup d'autres pays industrialisés, l'espérance de vie au Canada et en Ontario continue à grimper. Cela s'explique éventuellement par un certain nombre de facteurs, notamment : un niveau de vie généralement bon; l'accès aux services sociaux et de santé, y compris les soins de santé universels; les améliorations générales dans la santé de l'ensemble de la population.

Les données de l'Ontario

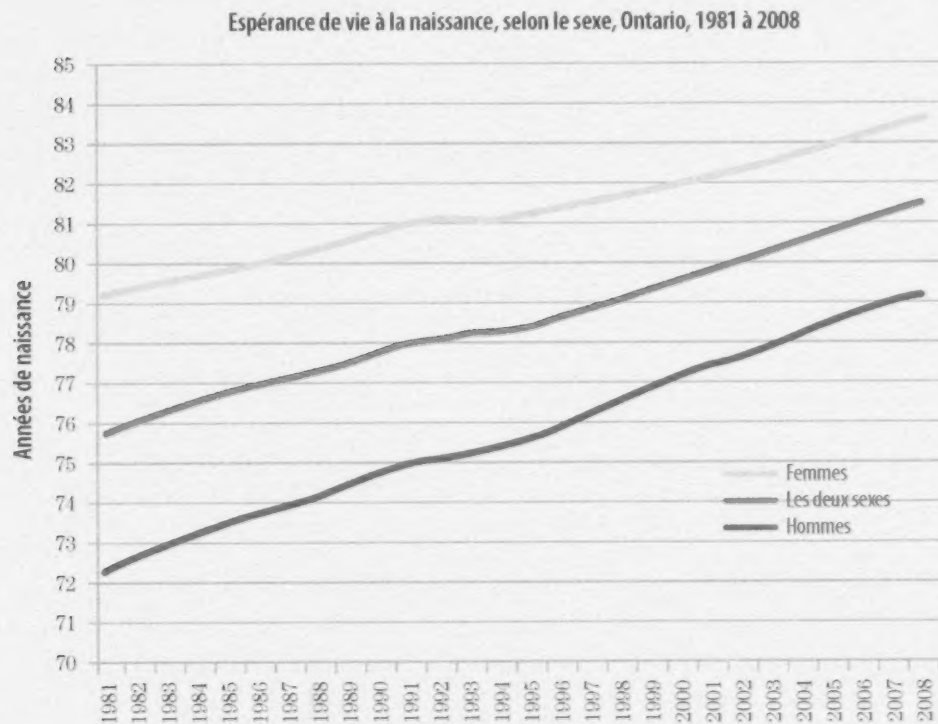
L'espérance de vie à la naissance en Ontario est meilleure que dans toutes les autres provinces sauf la Colombie-Britannique. C'est le cas pour les hommes et les femmes. Un bébé né en Ontario en 2008 devrait vivre, en moyenne, 82 ans. L'espérance de vie à la naissance en Ontario a augmenté de façon constante depuis 1981, quand elle était de 76 ans (une augmentation de six ans). Au fil du temps, l'écart entre l'espérance de vie à la naissance des hommes et celle des femmes en Ontario a diminué (celui-ci passant de sept ans en 1981 à quatre ans en 2008). Cependant, comme je l'ai dit précédemment, il existe d'importantes disparités dans l'espérance de vie selon le statut socioéconomique et ce problème est très préoccupant. Les conclusions du Canada et d'autres pays ont montré sans exception que, même en présence d'améliorations globales de l'espérance de vie [dans les pays industrialisés], des disparités subsistent selon le statut socioéconomique.

Le rapport diffusé en 2012 par Santé publique Ontario et ICES, intitulé *Seven More Years: the impact of smoking, alcohol, diet, physical activity and stress on health and life expectancy in Ontario*, a révélé que les Ontariens pourraient ajouter sept années à leur espérance de vie s'ils menaient une vie plus saine. Voici les conclusions du rapport:

- Soixante pour cent des décès survenus en Ontario en 2007 étaient attribuables au tabagisme, à la consommation excessive d'alcool, à un mauvais régime alimentaire, à l'inactivité physique et à un niveau élevé de stress.
- Presque tous les Ontariens ont déclaré au moins l'un des cinq comportements malsains cités. Seulement 1,4 pour cent d'entre eux n'en affichaient aucun.
- Les personnes présentant les cinq facteurs de risque avaient une espérance de vie beaucoup plus courte que celles n'en présentant aucun (68,5 ans contre 88,6 ans chez les hommes; 71,5 ans contre 92,5 ans chez les femmes).
- Les Ontariens des quartiers les plus défavorisés avaient une espérance de vie de presque 4,5 ans de moins que ceux vivant dans les meilleures conditions socioéconomiques. Le tabagisme était le plus important facteur, ce qui laisse supposer que la réduction de ce facteur de risque modifiable chez les membres des groupes socioéconomiques plus défavorisés pourrait améliorer considérablement leur état de santé.

Espérance de vie à la naissance, 2000 à 2008

Ce graphique montre que l'espérance de vie de la population en général s'est accrue de manière constante et que l'écart entre les femmes et les hommes se referme.



Source: Statistiques de l'état civil, Statistique Canada (tableaux CANSIM 102-0025 et 102-0512)

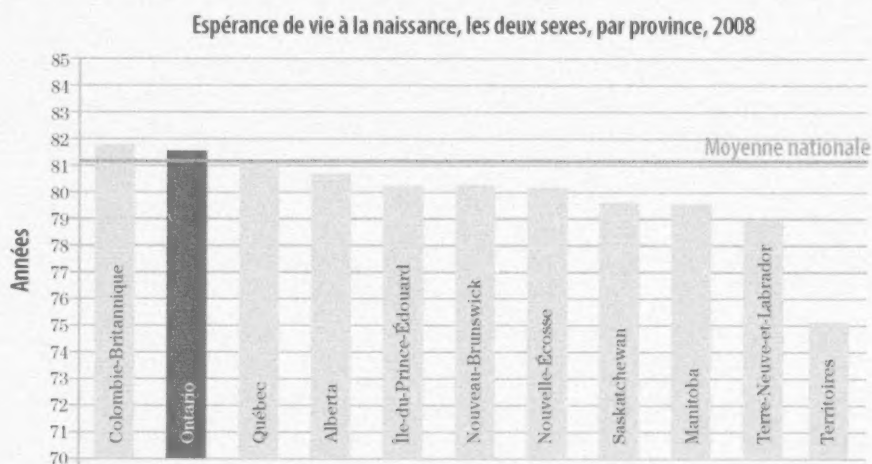
Comparaison entre l'Ontario et le reste du pays

De manière générale, le Canada se porte bien en comparaison des autres pays de l'OCDE. En effet, selon un résumé récent de l'OCDE, les Canadiens ont une espérance de vie qui dépasse d'un an la moyenne de l'OCDE. En 2008, au Canada, l'espérance de vie à la naissance était de 81 ans, légèrement supérieure à la moyenne de 80 ans observée pour l'OCDE. L'espérance de vie des femmes était de 83 ans, contre 79 ans pour les hommes, proche de l'écart moyen de six ans entre les sexes observé dans les pays de l'OCDE, avec une espérance de vie (dans les pays de l'OCDE) de 83 ans pour les femmes et de 77 ans pour les hommes^{36,37,38}.

Le graphique ci-dessous compare l'Ontario aux autres provinces et aux territoires.

Espérance de vie à la naissance, par province

Dans le rapport intitulé *Seven More Years*, les auteurs notent que les résidents de Colombie-Britannique sont en meilleure santé que les Ontariens. Le tableau ci-dessous montre également comment l'Ontario se porte en comparaison des autres provinces et des territoires.



Source: Statistiques de l'état civil, Statistique Canada (tableau CANSIM 102-0512)

Les améliorations possibles

Bien que l'espérance de vie des femmes et des hommes ait augmenté en Ontario et qu'un grand nombre d'Ontariens et d'Ontariennes vivent longtemps et en bonne santé, je m'inquiète des iniquités dans l'espérance de vie de différents groupes, ainsi que le révèlent ci-dessus les données compilées par Statistique Canada. Je souhaite que, sur cette question, un dialogue plus en profondeur s'amorce en Ontario et qu'une démarche plus ciblée soit entreprise pour la résoudre.

À mon avis, nous ne cernons pas assez bien les différences d'espérance de vie en fonction du statut socioéconomique. Cet indicateur montre que les Ontariens qui sont plus défavorisés ne vivent pas aussi longtemps que ceux qui ont un statut socioéconomique plus favorable. Ceci est inacceptable dans un pays et une province qui ont les ressources et les avantages dont l'Ontario et le Canada disposent.

Cet indicateur donne également l'occasion de discuter de la contribution inégale que la santé publique peut apporter dans ce domaine. Il faut une plus grande collaboration et des liens entre la santé publique et le secteur des soins de santé pour aborder et résoudre les problèmes d'iniquités et d'inégalité dans l'état de santé de la population, mais aussi pour renforcer les bonnes pratiques de santé publique liées à la promotion de la santé et à la prévention des maladies. La santé publique peut, en s'appuyant sur des données probantes, évaluer l'état de santé des populations et mettre en commun les stratégies utiles. La santé publique a également un rôle à jouer pour faire progresser le dialogue sur les déterminants de la santé et les iniquités en santé.

Conclusions

Nous avons de quoi être fiers en Ontario. Nous avons amélioré considérablement la santé des gens de la province : nous n'avons pas ménagé nos efforts pour réduire la consommation de tabac, nous offrons des programmes de vaccination complets qui sont financés par le secteur public, nous avons beaucoup progressé au chapitre de la prévention et de la gestion des maladies transmissibles ou infectieuses, nous avons fait de nouveaux investissements en santé publique et nous nous appliquons à sortir de la pauvreté un plus grand nombre de familles et d'enfants dans la province. Les gens sont davantage sensibilisés aux maladies mentales ainsi qu'aux mesures que prennent le gouvernement et le secteur de la santé pour assurer la promotion et le maintien d'une bonne santé mentale.

Cela dit, il reste encore beaucoup à faire.

- Pour presque tous les indicateurs que nous avons choisis, les personnes défavorisées de l'Ontario sont touchées de façon disproportionnée par des problèmes de santé, la maladie et des décès prématurés. Cet état de choses doit être reconnu et directement pris en compte dans les politiques en matière de santé ainsi que dans la planification et la prestation des services de santé.
- Il est possible d'améliorer un parcours négatif grâce à des mesures de soutien et interventions appropriées. Il faut, pour cela, s'intéresser aux déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé.
- Le terme « facteurs de risque modifiables » est explicite : ce sont des facteurs qui peuvent être modifiés. Nous devons continuer à lutter contre le tabagisme et le fardeau considérable que représentent les problèmes de santé associés au mésusage de substances et à la consommation excessive d'alcool.
- Nous devons également continuer à sensibiliser les gens au fardeau que représentent la maladie mentale et les dépendances. Nous devons sans cesse renforcer le message selon lequel la santé et la santé mentale vont de pair.
- Nous devons maintenir et continuer à promouvoir les interventions en santé publique qui aident à transformer la santé des populations dans le monde entier. Il faut notamment entreprendre des activités de santé publique de base comme l'immunisation et promouvoir la fluoruration de l'eau potable et l'amélioration de la salubrité des aliments grâce à des interventions telles que la pasteurisation.

En résumé, nous devons conserver les gains réalisés tout en cherchant constamment à faire avancer les choses dans l'intérêt de la population de l'Ontario. Un excellent moyen d'y parvenir est de mesurer nos progrès et de déterminer les améliorations qui s'imposent.

Il existe un certain nombre de rapports sur l'état de santé qui renferment des indicateurs techniques. Ce qui différencie le présent rapport, c'est qu'il porte uniquement sur l'Ontario et qu'il a été rédigé de mon point de vue, c'est-à-dire celui de la médecin-hygiéniste en chef. Il n'y est pas question de temps d'attente et d'accès aux services de santé. Il y est question de santé, non pas de soins de santé, et la santé de la population y est mise au premier plan tout en soulignant les disparités en termes de santé.

Les défis mis en lumière par les indicateurs de santé choisis ne sont pas faciles à relever. Pour continuer à progresser, il faudra la participation des citoyens, mais aussi une approche gouvernementale et multisectorielle *coordonnée*. Dans bien des cas, les activités en cours pour chacun des indicateurs devront être définies et alignées « verticalement » (à l'échelon provincial-régional et à l'échelon local), puis « horizontalement » (dans l'ensemble du secteur de la santé et des secteurs autres que la santé). C'est indispensable si nous voulons définir toute la portée et l'ampleur de la démarche qui est en cours pour relever les défis, déterminer s'il y a double emploi et définir les domaines où il pourrait y avoir des lacunes à combler.

Remerciements

Membres du comité consultatif du rapport de la médecin-hygiéniste en chef

Membres externes

D^r Adelsteinn Brown, directeur, Institute of Health Policy, Management and Evaluation

D^r Charles Gardner, médecin-hygiéniste, Bureau de santé du district de Simcoe Muskoka

D^r Vivek Goel, président et directeur général, Santé publique Ontario

D^r Ben Levin, professeur et président de la chaire de recherche du Canada en leadership et politiques éducatifs, Institut d'études pédagogiques de l'Ontario, Université de Toronto

D^r Doug Manuel, chercheur principal, Épidémiologie clinique, Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa

D^{re} Penny Sutcliffe, médecin-hygiéniste, Service de santé publique de Sudbury et du district

Membres du gouvernement provincial

Sarah Cox, conseillère principale, Bureau du médecin-hygiéniste en chef et directrice générale, Division de la santé publique

Sheree Davis, directrice, Direction de la santé communautaire et de la santé de la population, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Anne-Joyelle Occhicone, conseillère en matière de normes et de programmes, Division de la promotion de la santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Les personnes suivantes ont également fourni des conseils techniques, contribué à l'établissement d'indicateurs, fourni des données et participé à l'examen du rapport:

Santé publique Ontario

Badal Dhar, analyste de la santé, Services analytiques

Lisa Fortuna, chef, Intervention en cas d'incidents

Jeremy Herring, épidémiologiste principal, Services d'analyse

Gillian Lim, épidémiologiste, Immunisation et maladies pouvant être prévenues par un vaccin

Amrita Maharaj, analyste des enjeux, Intervention en cas d'incidents

Brenda Mitchell, directrice, Services axés sur les connaissances

D^r George Pasut, vice-président, Sciences et santé publique

Michelle Policarpio, coordonnatrice de projet, Services d'analyse

Ruth Sanderson, chef, Services d'analyse

Michael Whelan, épidémiologiste principal, Services de surveillance

Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse

Jon Belcher, analyste de la recherche, ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse

Nous tenons à remercier les ministères de l'Ontario suivants pour leurs efforts consacrés à l'examen de ce rapport:

Le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse;

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

L'élaboration du rapport a été dirigée par Jacky Sweetnam, chef de service intérimaire, Politiques et planification stratégiques, Division de la santé publique, ministère de la Santé et des Soins de longue durée

Annexe : Postes de médecin-hygiéniste et de médecin-hygiéniste adjoint

Bureaux de santé de l'Ontario ayant des postes de médecin-hygiéniste occupés par des médecins-hygiénistes intérimaires en date du 19 octobre 2012

Bureau de santé d'Elgin-St. Thomas

Bureau de santé de Haldimand-Norfolk

Bureau de santé de Middlesex-London

Service de santé publique et services d'urgence du comté d'Oxford

Bureau de santé de Timiskaming

Total = 5 bureaux de santé ayant des postes de médecin-hygiéniste à pourvoir

** Les postes à pourvoir peuvent comprendre des postes occupés par des médecins compétents en attendant la ou les nominations utiles par les conseils de santé et l'approbation du ministère.*

Bureaux de santé de l'Ontario ayant des postes de médecin-hygiéniste adjoint à pourvoir* en date du 19 octobre 2012

Bureau de santé de la région de Durham

Bureau de santé de Grey-Bruce

Bureau de santé du comté de Windsor-Essex

Bureau de santé de la région de York

Total = 4 bureaux de santé ayant des postes de médecin-hygiéniste adjoint à pourvoir**

** En vertu de l'alinéa 62 (1) b) de la Loi sur la protection et la promotion de la santé, chaque conseil de santé peut nommer un ou plusieurs médecins-hygiénistes adjoints.*

*** Les postes à pourvoir peuvent comprendre plus ou moins d'un poste ETP par bureau de santé, et des postes occupés par des médecins compétents en attendant la ou les nominations utiles par les conseils de santé et l'approbation du ministère.*

Notes

- ¹ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Parlons de santé et non plus de soins de santé*, Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2011 [cité le 15 nov. 2012]. Accessible à: http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/cmoh_10/cmoh_10.pdf.
- ² Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *La santé publique – L'affaire de tous*, Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2010 [cité le 15 nov. 2012]. Accessible à: http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/cmoh_09/cmoh_09.pdf.
- ³ NHS Institute for Innovation and Improvement, Association of Public Health Observatories, *The Good Indicators Guide: Understanding how to use and choose indicators*, Coventry, R.-U., National Health Service, 2008 [cité le 15 nov. 2012]. Accessible à: <http://www.apho.org.uk/resource/item.aspx?RID=44584>.
- ⁴ Représentant de l'enfance et de la jeunesse, Office of the Provincial Health Officer, *Growing up in B.C.*, Victoria (C.-B.), ministère de la Santé, 2010 [cité le 15 nov. 2012]. Accessible à: <http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2010/growing-up-in-bc.pdf>
- ⁵ Agence de la santé publique du Canada, *Enfants du début du primaire: niveaux de développement et consommation prénatale d'alcool et de tabac par la mère et exposition postnatale à la consommation d'alcool et de tabac*, Ottawa (Ontario), ASPC, 2010 [cité le 15 nov. 2012]. Accessible à: http://publications.gc.ca/collections/collection_2010/aspc-phac/HP10-13-2010-fra.pdf.
- ⁶ ON-Marg: indice de marginalisation de l'Ontario [Internet], Hamilton (Ontario) Université McMaster, 2001-2006 [cité le 29 nov. 2012]. Accessible à: <http://www.crunch.mcmaster.ca/ontario-marginalization-index>.
- ⁷ Agence de la santé publique du Canada, *Rapport sur la santé périnatale au Canada*, édition 2008, Ottawa (Ontario), ASPC, 2008 [cité le 30 nov. 2012]. Accessible à: <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cphr-rspe/pdf/cphr-rspe08-fra.pdf>
- ⁸ Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *Plan d'action en matière de santé*, Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2012 [cité le 30 nov. 2012]. Accessible à: http://www.health.gov.on.ca/en/ms/ecfa/healthy_change/docs/rep_healthychange.pdf
- ⁹ Association of Public Health Epidemiologists in Ontario [Internet], « Perinatal mortality », dans *6B Perinatal Mortality & Stillbirth Rates*, Toronto (Ontario), APHEO, 2005 [cité le 19 nov. 2012]. Accessible à: <http://www.apheo.ca/index.php?pid=145#comments>.
- ¹⁰ H. Matsuo, *The health consequences of low birth weight: literature review and critique*, document de travail n° 23 de l'UCL, Louvain-la-Neuve, Belgique, Université catholique de Louvain, 2005 [cité le 14 avril 2009]. Accessible à: <http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/sped/documents/dt23.pdf>.
- ¹¹ Statistique Canada, *Faible poids à la naissance (moins de 2 500 grammes), selon le sexe, Canada, provinces, territoires, données annuelles (tableau CANSIM 102-4005)*, Ottawa (Ontario), STATCAN, 2012.
- ¹² Ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse, *Rompre le cycle, Troisième rapport d'étape, Stratégie de réduction de la pauvreté de l'Ontario, Rapport annuel 2011*, Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2011 [cité le 20 nov. 2012]. Accessible à: http://www.children.gov.on.ca/htdocs/French/documents/breakingthecycle/2011AnnualReport_FR.pdf.

- ¹³ Agence de la santé publique du Canada, *Rapport national sur l'immunisation au Canada*, 2006, Ottawa (Ontario), ASPC, 2006 [cité le 20 nov. 2012]. Accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/06vol32/32s3/2vaccine-fra.php>.
- ¹⁴ OCDE, *Vaccination : diphtérie, tétanos, coqueluche* (Santé: Tableaux-clés de l'OCDE, n° 42). Paris, France, OCDE, 2012 [cité le 30 nov. 2012].
- ¹⁵ Ministère du Procureur général, Procès de l'Ontario contre les fabricants de tabac : *Foire aux questions*, Ottawa (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2012 [cité le 20 nov. 2012]. Accessible à : http://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/french/tobacco_litigation.asp.
- ¹⁶ OCDE, *Consommation de tabac* (Santé: Tableaux-clés de l'OCDE, n° 21). Paris, France, OCDE, 2012 [cité le 30 nov. 2012].
- ¹⁷ Statistique Canada, *Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2011) et groupes de régions homologues* (tableau CANSIM 105-0501), Ottawa (Ontario), STATCAN.
- ¹⁸ D.G. Manuel, R. Perez, C. Bennett, L. Rosella, M. Taljaard, M. Roberts, R. Sanderson, T. Meltem, P. Tanuseputro et H. Manson, *Seven more years: The impact of smoking, alcohol, diet, physical activity and stress on health and life expectancy in Ontario*, Toronto (Ontario), Santé publique Ontario, Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2012 [cité le 21 nov. 2012]. Accessible à : http://www.oahpp.ca/resources/documents/reports/seven_more_years/PHO-ICES_SevenMoreYears_Report_web.pdf.
- ¹⁹ Ministère de la Promotion de la santé et du Sport, *Rapport de 2004 du médecin-hygiéniste en chef: Poids santé, vie saine*, Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2004 [cité le 21 nov. 2012]. Accessible à : http://www.mhp.gov.on.ca/fr/heal/healthy_weights_112404f.pdf.
- ²⁰ Organisation mondiale de la Santé, *Stratégie mondiale pour l'alimentation, l'exercice physique et la santé*, OMS, 2012. Accessible à : <http://www.who.int/dietphysicalactivity/fr/index.html>.
- ²¹ Alberta Health and Wellness, Bureau du médecin-hygiéniste en chef, *You are what you eat – Preventing the marketing of unhealthy foods and beverages to Children*, Edmonton (Alberta), Alberta Health, 2011 [cité le 22 nov. 2012]. Accessible à : <http://www.health.alberta.ca/documents/cmoh-marketing-unhealthy-foods-children-2011.pdf>.
- ²² K.C. Roberts, M. Shields, M. de Groh, A. Aziz et J.A. Gilbert, « L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2009 à 2011 », *Rapports sur la santé*, sept. 2012, vol. 23, n° 3, p. 37-41.
- ²³ Agence de la santé publique du Canada, *Obésité au Canada – Prévalence de l'obésité chez les adultes*, Ottawa (Ontario), ASPC, 2011 [cité le 21 nov. 2012]. Accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/oic-oac/adult-fra.php>.
- ²⁴ K.C. Roberts, M. Shields, M. de Groh, A. Aziz et J.A. Gilbert, « L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents : résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2009 à 2011 », *Rapports sur la santé*, 2012 [cité le 21 nov. 2012], vol. 23, n° 3, p. 3-7. Accessible à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2012003/article/11706-fra.htm>.
- ²⁵ S. Ratnasingham, J. Cairney, J. Rehm, H. Manson et P.A. Kurdyak, *Opening Eyes, Opening Minds: The Ontario Burden of Mental Illness and Addictions Report*, Toronto (Ontario), Santé publique Ontario, Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2012 [cité le 23 nov. 2012]. Accessible (en anglais) à : <http://www.oahpp.ca/resources/documents/reports/opening-eyes-mental-health/PHO-ICES%20Opening%20Eyes%20Opening%20Minds%20Report%20-%20Oct%202012%20final.pdf>. Sommaire en français accessible à : <http://www.oahpp.ca/fr/resources/documents/reports/opening-eyes-opening-minds/PHO-ICES%20Opening%20Eyes%20Opening%20Minds%20Report%20-%20Oct%202012%20Exec%20Summary%20FR.pdf>.

- 26 Association canadienne de santé publique [Internet], « 12 grandes réalisations », Ottawa (Ontario), ACSP, 2009 [cité le 21 nov. 2012]. Accessible à : <http://www.cpha.ca/fr/programs/history/achievements.aspx>.
- 27 Alberta Gaming and Liquor Commission, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies et Santé Canada, *Reducing Alcohol-related harm in Canada: Toward a culture of moderation*, Edmonton (Alberta), Alberta Gaming and Liquor Commission, 2007. Accessible à : http://www.aglc.ca/pdf/social_responsibility/nationalalcoholstrategy.pdf.
- 28 Centers for Disease Control and Prevention, « Vital Signs: Binge Drinking Prevalence, Frequency, and Intensity Among Adults – United States », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2010 [cité le 29 nov. 2012]; vol. 61, n° 1, p. 14-18. Accessible à : <http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm6101.pdf>.
- 29 Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, *La santé buccodentaire – Bien plus qu'une question de caries: Rapport du médecin-hygiéniste en chef de l'Ontario*, Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2012 [cité le 30 nov. 2012]. Accessible à : http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/oral_health/oral_health.pdf.
- 30 J.C. Kwong, N.S. Crowcroft, M.A. Campitelli, S. Ratnasingham, N. Daneman, S.L. Deeks et D.G. Manuel, Ontario Burden of Infectious Disease Study Advisory Group, *Ontario Burden of Infectious Disease Study*, Toronto (Ontario), Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé, Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2010 [cité le 30 nov. 2012]. Accessible à : http://www.oahpp.ca/resources/documents/reports/onboid/ONBoID_ICES_Report_ma18.pdf.
- 31 Partenariat des réseaux locaux d'intégration des services de santé, l'Projet provincial intégré de prévention des chutes, Ottawa (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2011 [cité le 24 nov. 2012]. Accessible à : http://c.ymcdn.com/sites/www.alphaweb.org/resource/collection/822EC60D-0D03-413E-B590-AFE1AA8620A9/LHIN_report_IntegratedProvincialFallsPreventionFrameworkToolkit_07-07-2011.pdf.
- 32 Agence de la santé publique du Canada, *Chez soi en toute sécurité – Guide de sécurité des aînés*, Ottawa (Ontario), ASPC, 2011 [cité le 23 nov. 2012]. Accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/seniors-aines/publications/public/injury-blessure/safelive-securite/pdfs/safelive-securite-fra.pdf>.
- 33 V. Scott, L. Wagar et S. Elliott (2010), *Falls & Related Injuries among Older Canadians: Fall related Hospitalizations & Intervention Initiatives*, préparé au nom de l'Agence de la santé publique du Canada, Division of Aging and Seniors. Victoria (C.-B.), Victoria Scott Consulting. Accessible à : http://www.hiphealth.ca/media/research_cemfia_phac_epi_and_inventor_20100610.pdf.
- 34 C.N. McIntosh, P. Finès, R. Wilkins et M.C. Wolfson, « Disparités selon le revenu dans l'espérance de vie ajustée sur la santé chez les adultes au Canada, 1991 à 2001 », *Rapports sur la santé*, 2009 [cité le 21 nov. 2012], vol. 20, n° 4, p. 55-64. Accessible à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2009004/article/11019-fra.htm>.
- 35 OCDE, *Espérance de vie à la naissance, population totale* (Santé: Tableaux-clés de l'OCDE, n° 11), Paris, France, OCDE, 2012 [cité le 30 nov. 2012].
- 36 OCDE, *Espérance de vie à la naissance, femmes* (Santé: Tableaux-clés de l'OCDE, n° 9), Paris, France, OCDE, 2012 [cité le 30 nov. 2012].
- 37 OCDE, *Espérance de vie à la naissance, hommes* (Santé: Tableaux-clés de l'OCDE, n° 10), Paris, France, OCDE, 2012 [cité le 30 nov. 2012].

